

От гр. _____

Контакт.тел.: _____

Контакт.тел.: _____

Email : _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я _____

(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____

(Ф.И.О. полностью)

дата рождения _____, пол мужской / женский

число, месяц, год нужное подчеркнуть

законным представителем которого я являюсь: _____ основание – несовершеннолетний ребенок

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д.)

Документ, подтверждающий право законного представителя: паспорт серия: _____ номер: _____

Выдан: « _____ » _____ года, кем выдан: _____

Для оказания первичной медико-санитарной помощи к

Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы

«Детская городская поликлиника №15 Департамента здравоохранения города Москвы»

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): № _____

выдан страховой медицинской организацией _____ дата выдачи: « _____ » _____ года.

Домашний адрес: _____

по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации

(нужное подчеркнуть).

Место регистрации: _____

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность ребенка:

серия _____ № _____,

Кем выдан: _____

Дата выдачи: « _____ » _____ года

Снилс ребенка: _____

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен. Ознакомлен с перечнем врачей педиатров участковых, количеством граждан, выбравших указанных медработников, и территорией их обслуживания, а также перечнем врачей специалистов.

« _____ » _____ 20 _____ года Личная подпись _____ (_____)

(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « _____ » _____ 20 _____ года

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с " _____ " _____ 20 _____ года Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись)

" _____ " _____ 20 _____ года

М.П.

Щукина О.В.

(ФИО главного врача)

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

" _____ " _____ 20 _____ г.

Получил копию заявления _____

(подпись)

(ФИО)