

Главному врачу КОГБУЗ "Детский клинический
консультативно-диагностический центр"

Савиновой М. В.

от гр. _____

(ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____,
(фамилия, имя, отчество полностью)

дата рождения _____, пол _____ мужской / женский _____.
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

законным представителем которого я являюсь: _____

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок: б) попечительство и т.д.,
а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____

(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): № _____ выдан
страховой медицинской организацией _____

«_____» _____ года.

Домашний адрес _____

(по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации - нужно подчеркнуть)

Прикреплен к медицинской организации _____

(не прикреплен к медицинской организации - подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность
регистрающегося гражданина _____ серия _____ № _____

выдан «_____» _____ года _____
(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем являюсь, и согласие на использование его 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.

«_____» _____ 20____ года Личная подпись _____ / _____
(фамилия, и. о.)

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

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Зарегистрировать с «_____» _____ 20____ года. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись) / Савинова М.В.
(ФИО главного врача)

«_____» _____ 20____ года

М. П.

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

«_____» _____ 20____ года получил копию заявления _____ / _____
(подпись) (ФИО)