
(Ф.И.О. застрахованного лица полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации**

Прошу прикрепить меня _____
(Ф.И.О. застрахованного лица или Ф.И.О. застрахованного лица, представителем которого я являюсь *)

к медицинской организации БУЗ УР «Детская городская клиническая поликлиника № 2 МЗ УР», адрес:
426034, УР, г. Ижевск, ул. Наговицына, д. 10
(полное наименование медицинской организации, фактический адрес)

к участковому врачу-педиатру _____
(Ф.И.О. врача)

В СВЯЗИ С (нужное выделить знаком "V"):

- первичным выбором медицинской организации;
 выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
 выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
 изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), данных полиса обязательного медицинского страхования, наименования страховой медицинской организации (подчеркните нужное).

Сведения о застрахованном лице:

1. Фамилия Имя Отчество (при наличии) _____

2. Пол _____

3. Дата рождения: _____

Организованность: неорганизованный; _____ детский комбинат; _____ школа; _____ СУЗ; _____ ВУЗ _____

4. Место рождения _____

5. Гражданство _____

6. Паспорт (свидетельство о рождении/документ, удостоверяющий личность) _____
(серия, номер, дата и место выдачи документа)

7. Фактическое место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника): _____

8. Место регистрации (по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации - нужное подчеркнуть) _____

9. Контактная информация _____
(телефон)

10. Номер полиса обязательного медицинского страхования: _____

11. Страховая медицинская организация: _____

12. СНИЛС _____
(при наличии)

13. Прежнее прикрепление в медицинской организации _____
(прежнее прикрепление)

Являюсь/является (нужное выделить знаком "V"):

- гражданином Российской Федерации;
 лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;
 иностранным гражданином, постоянно проживающим в РФ, гражданство _____;
 лицом без гражданства, постоянно проживающим в РФ;
 иностранным гражданином, временно проживающим в РФ, гражданство _____;
 лицом без гражданства, временно проживающим в РФ.

14. С условиями оказания неотложной медицинской помощи, в т.ч. на дому, по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

подпись застрахованного лица (представителя)

15. О выборе медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания) проинформирован

подпись застрахованного лица (представителя)

Сведения о представителе застрахованного лица
(заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица)

1. Фамилия Имя Отчество (при наличии) _____

2. Отношение к гражданину: отец, мать (нужное подчеркнуть), иное (вписать) _____

3. Основания для представления интересов застрахованного лица:
(несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) _____

4. Документ, подтверждающий полномочия представителя * _____

5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____
(серия, номер, дата и место выдачи документа)

6. Контактная информация представителя _____
(телефон)

На обработку и использование моих (застрахованного лица _____) персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласен.

_____ подпись застрахованного лица (законного представителя)

« _____ » _____ 20__ г.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) _____
зарегистрированы _____
(N заявления дата присвоения номера)

Принял _____
(Ф.И.О. должность) (дата приема заявления) (подпись уполномоченного лица)

* - (для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями)

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА

Прикрепить с _____ 20__ года, участок № _____, врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

Главный врач _____
МП (подпись) С.А.Пантюхин (ФИО)

« _____ » _____ 20__ года