

Главному врачу ГБУЗ «ДСП №43 ДЗМ»

Таджиевой Кармине Исламовне

от гр. Иванова Ивана Ивановича  
(Ф.И.О. полностью)

Тел. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина Иванова Петра Ивановича

(Ф.И.О. полностью)

дата рождения 01.01.2010, пол \_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

мужской/женский

(нужно отметить «V»)

законным представителем которого я являюсь: не совершеннолетний, паспорт РФ: серия 4500 номер 103456

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

для оказания первичной медико-санитарной помощи к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 43 Департамента здравоохранения города Москвы»

(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): № 770000 1234567890  
выдан страховой медицинской организацией «Медстрах»  
«12» мая 2012 года.

Домашний адрес: ул. Кировоградская 9 в кор 5 кв 40  
 по постоянной регистрации,  по временной регистрации,  по месту фактического проживания без регистрации  
(нужно отметить «V»)

Место регистрации: \_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации в случае наличия прикрепления к др. ДСП  
 Не прикреплен к медицинской организации (нужно отметить «V»).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность св. о. родив  
регистрирующегося гражданина: серия ТТ-МЮ № 123456,  
выдан «01» 02.2010 года Сертамовский отдел ЗАГС  
(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я 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.

дату не ставил  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись Иванов И.И.  
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, \_\_\_\_\_:

### РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

(подпись)

Таджиева Кармина Исламовна  
(ФИО главного врача)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)