

Главному врачу ГБУЗ «ДСП №43 ДЗМ»  
Таджиевой Кармине Исламовне

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

Тел. \_\_\_\_\_

**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 отметить «V»)

законным представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_

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): № \_\_\_\_\_

выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

по постоянной регистрации,  по временной регистрации,  по месту фактического проживания без регистрации  
(нужное отметить «V»)

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

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_

Не прикреплен к медицинской организации (нужное отметить «V»).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_

регистрарующегося гражданина: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

(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.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

(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)