

от гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**о выборе медицинской организации для получения**  
**первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской / женский (нужное подчеркнуть),  
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 представителя)  
для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_ бюджетному \_\_\_\_\_ учреждению  
здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №43 Департамента здравоохранения города Москвы»  
(полное название медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_,  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ года.

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

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_,  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от  
адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося  
гражданина: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан "\_\_" \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-  
санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в  
соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_  
Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на  
руки "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)