

Приложение 1
к Порядку прикрепления
застрахованных лиц к
государственным учреждениям
здравоохранения города Москвы,
оказывающим первичную
медико-санитарную помощь

Главному врачу
Д.Е. Колтунову
От гр.

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, пол мужской/женский,
число, месяц, год **нужное подчеркнуть**
прошу прикрепить меня для оказания первичной специализированной медико-
санитарной помощи к ГАУЗ «СП № 53 ДЗМ»

Контактный номер телефона: _____
Страховой медицинский полис (временное свидетельство)
№ _____, выдан
страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.
Домашний адрес: _____

_____ по
по постоянной регистрации, по временной регистрации,
месту фактического проживания без регистрации
(нужное подчеркнуть)

Место регистрации: Совпадает с домашним адресом

_____ дата регистрации _____ (

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность _____):
серия _____ № _____, выдан "___" _____ год _____

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

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

"___" _____ 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 _____

_____ Д.Е. Колтунов
(подпись) (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)