

От гр. Ф.И.О. родителя
(Ф.И.О. полностью)

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

я, Ф.И.О. родителя (фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина Ф.И.О. ребёнка (фамилия, имя, отчество)

дата рождения ребёнка место рождения ребёнка
(число, месяц, год)

Гражданство _____, пол мужской /женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: паспортные данные родителя
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;

серия, номер, дата выдачи.
в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к государственному бюджетному учреждению здравоохранения
города Москвы «Детская городская поликлиника № _____ Департамента здравоохранения города Москвы»
(полное название медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № полиса ребёнка
выдан страховой медицинской организацией НЕ ПИСАТЬ

" НЕ ПИСАТЬ " года.

Место регистрации: по паспорту ребёнка, дата регистрации _____

Место жительства (пребывания): г. Москва Кременчугская д. 11.
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации НЕ ПИСАТЬ
(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

данные паспорта ребёнка
(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация телефон ребёнка

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 Родителя (подпись) (Родителя) (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) (Ф.И.О.)

Полис ОМС обязательно иметь в бумажном виде !!!