

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

Главному врачу

от гр. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

### ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

Прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)  
дата рождения \_\_\_\_\_, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть)  
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 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (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 подчеркнуть)

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

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

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

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(а).

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

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

### РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года Участок № \_\_\_\_\_ Врач- \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. главного врача)

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

МП

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

"\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г. Получил(а) копию заявления \_\_\_\_\_ (подпись) (Ф.И.О)