

Главному врачу ГБУЗ «ДГП №39 ДЗМ»
Павловой С.В.

От гр. _____

(ФИО полностью)

Телефон _____

Заявление № о выборе медицинской организации

Я _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Прошу прикрепить гражданина _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Дата рождения _____, место рождения _____ гражданство _____ пол мужской/женский
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

Законным представителем которого я являюсь _____
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок, б) недееспособность в) попечительство и т.д.)

Документ подтверждающий право законного представителя _____ серия _____ номер _____

Выдан _____ « ____ » _____ 201__ г.

Для оказания первичной медико-санитарной помощи к Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника №39 Департамента здравоохранения города Москвы».

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____, выдан страховой медицинской организацией _____

« ____ » _____ 201__ г. E-mail: _____

Домашний адрес _____

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

Место регистрации _____ Дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____

(указывается ДГП на момент заполнения заявления)

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность ребенка _____

Серия _____ № _____ Выдан _____ Дата « ____ » _____ 201__ г.

(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 обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен. С перечнем врачей-педиатров участковых, количеством граждан, выбравших указанных медработников, и территорией их обслуживания, а также перечнем врачей-специалистов ознакомлен.

« ____ » _____ 201__ г. Личная подпись _____ (_____)

Дата и время регистрации заявления « ____ » _____ 201__ г.

Решение главного врача:

Прикрепить с « ____ » _____ 201__ г. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

Дата « ____ » _____ 201__ г.

Заявитель уведомлен « ____ » _____ 201__ г. _____

(подпись ответственного лица)

Главный врач _____ С.В. Павлова

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки. Получил копию заявления _____

М.П.