

ТЕЛЕФОН: _____

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

ЭЛ. ПОЧТА: _____

От гр.

СНИЛС: _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

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: _____
(попечительство и т.д., а так же вид, номер и место выдачи документа,
подтверждающего право представителя (свидетельство о рождении,
распоряжение опекунского совета и т.д.)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к

(полное наименование медицинской организации)

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

В случае наличия временного свидетельства, даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы, с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

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 _____
(наименование)

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 « _____ » 20 _____ года.

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация:

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными; включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мой персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам:

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

«___» 20__ года (подпись) (Ф.И.О.)
«___» 20__ года Дата и время регистрации
заявления

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с «___» 20__ года. Участок №_____ Врач_____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись) (С.В. Павлова)

(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.)