

Руководителю медицинской организации

ООО МЦ «Умный доктор»

(наименование)

Сушенцову Николаю Владимировичу

(ФИО руководителя МО)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. застрахованного лица полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**о выборе медицинской организации**

Прошу прикрепить меня \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. застрахованного лица или Ф.И.О. застрахованного лица, представителем которого я являюсь \*)

к медицинской организации ООО МЦ «Умный доктор», адрес: 424019, Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола, Йывана Кырли, д.27

(полное наименование медицинской организации, фактический адрес)

к участковому врачу \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. врача-терапевта участкового — оставьте строку пустой)

В СВЯЗИ С (нужное выделить знаком "V"):

первичным выбором медицинской организации;

выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;

выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;

прекращением деятельности медицинской организации;

выбором медицинской организации в связи с достижением 18-летнего возраста;

изменением фамилии, имени, отчества (при наличии), пола, даты рождения, места рождения, гражданства, данных документа, удостоверяющего личность, места жительства, места регистрации, даты регистрации, данных полиса обязательного медицинского страхования, наименования страховой медицинской организации (подчеркните нужное).

Сведения о застрахованном лице:

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Пол \_\_\_\_\_

3. Дата рождения \_\_\_\_\_

4. Место рождения \_\_\_\_\_

5. Гражданство \_\_\_\_\_

6. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

7. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации)

\_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата и место выдачи документа)

8. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника):

9. Место регистрации (по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации — нужное подчеркнуть)

10. Дата регистрации

11. Контактная информация

(телефон, e-mail)

12. Номер полиса обязательного медицинского страхования:

13. Страховая медицинская организация:

14. СНИЛС

(при наличии)

15. Зарегистрирован в медицинской организации

(прежнее прикрепление)

Являюсь/является (нужное выделить знаком "V"):

гражданином Российской Федерации;

лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;

иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации, гражданство

лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации, гражданство \_\_\_\_\_;

лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.

16. С условиями оказания неотложной медицинской помощи, в т.ч. на дому, по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

\_\_\_\_\_ подпись застрахованного лица (представителя)

17. О выборе медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания) проинформирован.

\_\_\_\_\_ подпись застрахованного лица (представителя)

**Сведения о представителе застрахованного лица**  
(заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица)

1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2. Отношение к гражданину: отец, мать (нужное подчеркнуть), иное (вписать) \_\_\_\_\_

3. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) \_\_\_\_\_

4. Документ, подтверждающий полномочия представителя \* \_\_\_\_\_

5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата и место выдачи документа)

6. Контактная информация представителя \_\_\_\_\_  
(телефон, e-mail)

На обработку и использование моих (застрахованного лица \_\_\_\_\_)  
персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласен.

\_\_\_\_\_ подпись застрахованного лица (законного представителя)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина (гражданки) \_\_\_\_\_  
зарегистрированы \_\_\_\_\_  
(№ заявления дата присвоения номера)

Принял \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. должность) (дата приема заявления) (подпись уполномоченного лица)

\* Для ребенка до достижения им совершеннолетия либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия — его родителями или другими законными представителями.

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА**

Прикрепить с \_\_\_\_\_ 20\_\_ года, участок № \_\_\_\_\_, врач \_\_\_\_\_

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

Главный врач \_\_\_\_\_  
МП (подпись) Булыгин Иван Геннадьевич (ФИО)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ года