

Начальнику ФБУЗ МСЧ №52 Тимофеевой В.Ю

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения _____, _____ пол _____ мужской/женский
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России
Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____ выдан страховой
медицинской организацией _____ « _____ » _____ 20____ года.

Домашний адрес _____
(по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть))

Прикреплен к медицинской организации _____ **ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России** _____

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность _____):

серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ 20____ года _____

(наименование органа, выдавшего документ)

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.

С порядком оказания медицинской помощи (на дому по участковому принципу) с учетом территориальной доступности ознакомлен.

« _____ » _____ 20____ года Личная подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления « _____ » _____ 20____ года _____

РЕШЕНИЕ НАЧАЛЬНИКА :

Прикрепить с « _____ » _____ 20____ г. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

Подпись Ф.И.О начальника

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением начальника выдана на руки

« _____ » _____ 20____ г. Получил копию заявления _____ /
(подпись) (Ф.И.О.)