

Главному врачу ГБУЗ "ГП №220 ДЗМ"
В.Р. Шастиной

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

(телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

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

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
ГБУЗ "ГП №220 ДЗМ", по адресу г. Москва, ул. Загорёнова, д. 27
(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) серия _____ № _____,
выдан страховой медицинской организацией _____
«___» _____ 20___ 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 _____
(наименование)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____
серия _____ № _____, выдан "___" _____ г. _____

Гражданство _____
(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 неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу
с учётом территориальной доступности ознакомлен.

«___» _____ 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 с _____

_____ В.Р. Шастина

Подпись
"___" _____ 20___ года

М.П.

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

"___" _____ 20___ г. Получил копию заявления _____
(подпись) (ФИО)