

Генеральному директору ООО «ЦСМ»
Тарakanову Александру Александровичу
от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____

гражданство _____ пол мужской / женский (нужное подчеркнуть),

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

Общество с ограниченной ответственностью «Центр семейной медицины»

Полис обязательного медицинского страхования № _____,

выдан страховой медицинской организацией _____

Место регистрации _____, дата регистрации _____,

Место жительства (пребывания): _____,

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ номер _____,

выдан “___” _____ года

Контактная информация _____,

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.

“___” _____ года _____ (_____)

Дата и время регистрации заявления: “___” _____ 20__ года

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с “___” _____ 20__ года. Участок № ____ Врач ____.

Отказать в прикреплении в связи с _____

(_____)

“___” _____ 20__ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской
организации выдана на руки “___” _____ 20__ года.

Получил копию заявления _____ (_____)

Информационное согласие
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи

Я, _____,

дата рождения “ ____ ” _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи только к одной медицинской организации.

(подпись)

(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)

Дата оформления: “ ____ ” _____ 20__ года