

Приложение 1  
к Порядку прикрепления  
застрахованных лиц к  
медицинским организациям,  
оказывающим первичную  
медико-санитарную помощь

Главному врачу

Команенко А.А.

(Ф.И.О.)

от

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)  
дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_,  
число, месяц, год  
пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),  
гражданство \_\_\_\_\_,  
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_,  
(полное название медицинской организации)

(адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
"\_\_" \_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_  
по месту жительства, по месту пребывания, по месту  
фактического проживания без регистрации  
(нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: \_\_\_\_\_,  
дата регистрации \_\_\_\_\_

**Прикреплен к медицинской организации (обязательно к  
заполнению)** \_\_\_\_\_

(наименование)

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

Вид документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_  
серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан "\_\_\_" \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи.

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_:\_\_\_\_

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года гражданина \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

Участок N \_\_\_\_\_ Врач: \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

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

\_\_\_\_\_/ Кومانенко А.А.  
(подпись) (ФИО главного врача)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

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

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года получил копию заявления \_\_\_\_\_/  
(подпись) (ФИО)

Ознакомлен с перечнем согласно п. 8 Порядка \_\_\_\_\_/  
(подпись) (ФИО)