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, Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_01.01.1987\_\_\_\_\_\_, место рождения Россия, г. Череповец\_\_,

число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),

гражданство \_\_\_\_\_\_РФ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения\_\_,

(полное название медицинской организации)

Городская Поликлиника №27,190068 Вознесенский пр. д. 29 лит. А\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

(адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N ЕП-1111111111111111

выдан страховой медицинской организацией ООО СК «Капитал-полис Мед»\_\_\_\_\_\_\_\_

"12" октября 2013 года.

Домашний адрес: Столярный переулок д. 7, кв. 23\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

по месту жительства, по месту пребывания, по месту

фактического проживания без регистрации

(нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: Столярный переулок д. 7, кв. 23 ,

дата регистрации 01.01.1999

**Прикреплен к медицинской организации (обязательно к заполнению**) СПб ГБУЗ «ГП №107»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_

(наименование)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

медицинской организации)

Вид документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_паспорт\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

серия \_1907\_ N \_\_123456\_\_, выдан "16" января года 2008

оУФМС по г. Череповец Вологодской обл.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(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.

"30" октября 2015 года Подпись Иванов (Иванов И.И)

(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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_Команенко 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)