

Руководителю медицинской организации

(наименование медицинской организации)

(фактический адрес медицинской организации)

(Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

от _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить _____
(меня или застрахованное лицо (Ф.И.О.), законным

представителем* которого я являюсь)

к медицинской организации в связи с *(нужное выделить знаком «V»)*:

_____ первичным выбором медицинской организации;

_____ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;

_____ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;

_____ прекращением деятельности медицинской организации;

_____ откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Фамилия _____

2. Имя _____

3. Отчество *(при наличии)* _____

4. Пол _____

5. Дата рождения: _____

6. Место рождения _____

7. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность)* _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

8. Вид на жительство *(для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации)* _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

9. Адрес регистрации *(по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации – нужное подчеркнуть)* _____

10. Дата регистрации _____

11. Место жительства *(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника):*

_____ совпадает с адресом регистрации *(выделить знаком «V»)*

(заполняется при несовпадении адреса регистрации и места жительства)

*для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами.

12. Страховой медицинский полис (серия, номер) _____
13. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин _____
14. СНИЛС (при наличии) _____

15. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

16. Гражданство: _____
(название государства, лицо без гражданства)

Являюсь / является (нужное выделить знаком «V»):

_____ гражданином Российской Федерации;

_____ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;

_____ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации;

_____ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

_____ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;

_____ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.

Сведения о представителе застрахованного лица (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Фамилия _____

2. Имя _____

3. Отчество (при наличии) _____

4. Дата рождения _____

5. Отношение к гражданину: отец, мать, иное (нужное подчеркнуть)

6. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) _____

7. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

8. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____

(серия, номер,

дата и место выдачи документа)

9. Контактная информация (застрахованного лица, представителя застрахованного

лица): телефон: _____,

e-mail _____,

аккаунт социальной сети _____

Дополнительно сообщая: _____.

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, серьезных заболеваний и пр.)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю медицинской организации согласие на обработку моих персональных данных, а также на информирование меня по вопросам оказания медицинской помощи (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе медицинской организации адресу, контактными номерами телефонов, по электронной почте и/или через аккаунт социальной сети.

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.