

Главному врачу ГБУЗ «ДГП №30 ДЗМ»  
Чернову Кириллу Вячеславовичу  
от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_**  
**о выборе медицинской организации для получения**  
**первичной медико-санитарной помощи**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской / женский (нужное подчеркнуть),  
представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_  
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;

в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)

для оказания первичной медико-санитарной помощи к государственному бюджетному учреждению  
здравоохранения города Москвы «Детская городская поликлиника № 30 Департамента здравоохранения  
города Москвы»

(полное название медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
года.

Место регистрации: \_\_\_\_\_, дата регистрации \_\_\_\_\_

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса,  
отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(полное название медицинской организации)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).  
Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося  
гражданина: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

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.

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О.)

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_  
Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на  
на руки " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(подпись) (Ф.И.О.)

**Информационное согласие  
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при  
выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

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-терапевтов, врачей-терапевтов (участковых), врачей-педиатров, врачей-педиатров (участковых), врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

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 гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года