СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3

Руководителю
ГАУЗ "Стоматологическая
поликлиника № 3 ДЗМ"

От гр. **Иванов**
Иван
Иванович

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, Иванов **Иван** **Иванович**,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения **18.7.1977**, пол **Мужской**,

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к Государственному автономному учреждению здравоохранения "Стоматологическая поликлиника № 3 Департамента здравоохранения города Москвы"
Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N **1234 5678 9123 4567**
выдан страховой медицинской организацией
МАКС-М дата выдачи **15.8.2015** года.
Домашний адрес: **Москва, тихорецкий б-р дом 6 кв. 497**
по постоянной регистрации, по временной регистрации,
по месту фактического проживания без регистрации
Место регистрации: **Москва, тихорецкий б-р дом 6 кв. 497**
дата регистрации **15.8.2015**
Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)
Городская поликлиника № 9
Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть,
если не прикреплен к медицинской организации)
Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность **Вид на жительство**):
серия **4510** N **454545**, выдан **15.3.2018** год
ГУ МВД по р-ну Люблино в г. Москве
(наименование органа, выдавшего документ)

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

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

15.3.2018 года Личная подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" _____ 20___ года _____:_____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:
Прикрепить с "01" _____ 20____ года Участок N ____ Врач - _____
Отказать в прикреплении в связи _____
_____
_____ _____
(подпись) (ФИО главного врача)
"___" _____ 20___ года
М.П.

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

"___" _____ 20___ г. Получил копию заявления _____
(подпись) (ФИО)