СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №3

Руководителю
ГАУЗ «Стоматологическая
поликлиника № 3 ДЗМ»

От гр. **Иванов**
Иван
Иванович
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

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

прошу прикрепить гражданина **Иванова Сергея Ивановича**
(Ф.И.О. полность) дата рождения **05.7.2015**, пол **Мужской**

законным представителем которого я являюсь: **Отец**

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 5667 8997 4212**
выдан страховой медицинской организацией **Согаз-мед**
20.11.2020 года.
Домашний адрес **г. Москва Дербеневская набережная дом 2 кв. 15**
по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации

Место регистрации: **г. Москва Дербеневская набережная дом 2 кв. 15**
дата регистрации **20.8.2019**
Прикреплен к медицинской организации **Городская поликлиника № 9**

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность **Свидетельсто о рождении** регистрирующегося гражданина:
серия **Ш-МЮ** N **747825**, кем выдан **отделением УФМС** **21.1.2020** года

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я являюсь, и согласие на использование его 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.
20.11.2020 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) (Ф.И.О. главного врача)
"___ " _____ 20___ года
М.П.

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

"___ " _____ 20___ года Получил копию заявления _____
(подпись) (Ф.И.О.)