

Приложение 2 к Регламенту прикрепления к учету граждан, застрахованных по ОМС, к государственным учреждениям здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь и включенным в реестр медицинских организаций, осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы, с использованием ЕМИАС, утвержденному приказом Департамента здравоохранения города Москвы и МГФОМС от 27.04.2015г. № 335/142

Главному врачу ГБУЗ «ДСП № 52 ДЗМ»

Прицепы А.Л.

От гр. \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

О выборе медицинской организации

Я \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата рождения \_\_\_\_\_ место рождения \_\_\_\_\_  
число, месяц, год

Гражданство \_\_\_\_\_, пол муж/жен (нужное подчеркнуть),

(указать основание а) несовершеннолетний ребенок, 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 стоматологическая поликлиника № 52 Департамента здравоохранения города Москвы»  
Страховой медицинский полис (временное свидетельство): № \_\_\_\_\_ выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года.

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

Места жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

адрес для оказания мед. помощи на дому при вызове мед. работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_

(наименование)

Не прикреплен к мед. организации (подчеркнуть, если не прикреплен к мед. организации)

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:

серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ года

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Личная подпись \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_