

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»

Прицева 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): N _____ 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 _____ (ФИО)

Дата и время регистрации заявления: « _____ » _____ 20__ года

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с « _____ » _____ 20__ года

Отказать в прикреплении в связи _____