

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач



ПРИЛОЖЕНИЕ № 1
к Правилам внутреннего распорядка
утвержденным приказом главного врача
№ 108 от 10.07.2017

Главному врачу
СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 74»
Адрес: Кронштадт, ул. Комсомола д.2.
М.Н. Сергееву

От _____

Заявление о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня /гражданина, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) к Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной, неотложной, скорой медицинской помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования в связи с:

- Первичным выбором медицинской организации;
- Выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
- Выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
- Прекращением деятельности медицинской организации;

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия _____

1.2. Имя _____

1.3. Отчество _____

1.4. Пол: муж / жен (нужное подчеркнуть)

1.5. Дата рождения _____

(число, месяц, год)

1.6. Гражданство _____

(название государства; лицо без гражданства)

1.7. Вид документа удостоверяющего личность _____

1.8. Серия _____ Номер _____

1.9. Кем и когда выдан _____

1.10. Номер полиса обязательного медицинского страхования ОМС _____

1.11. Кем и когда выдан полис ОМС _____

1.12. Номер СНИЛС _____

1.13. Фактический адрес проживания (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) _____

1.14. Адрес регистрации _____

1.15. Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации: (для лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих в Российской Федерации; для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»)

а) вид документа _____ б) серия _____ в) номер _____

1.16. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на нахождение (временное проживание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.17. Контактная информация: Телефон: домашний _____
сотовый _____

2. Сведения о представителе гражданина (в том числе законном представителе)

2.1. Фамилия _____

2.2. Имя _____

2.3. Отчество _____

2.4 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении:

Мать Отец Иное _____
(нужное отметить знаком «V»)

2.5. Вид документа удостоверяющего личность _____

2.6. Серия _____ Номер _____

2.7. Кем и когда выдан _____

2.8. Контактная информация: Телефон: домашний _____
сотовый _____

4. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в которой застрахованный находится на обслуживании на момент подачи заявления

5. Настоящим заявлением подтверждаю свой выбор медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи и даю согласие на использование персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством РФ. Ознакомлен 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. Ознакомлен с лицензией на осуществление медицинской деятельности, правилами внутреннего распорядка для посетителей и пациентов.

Дата

Ростись