

Приложение №1
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по ОМС, к медицинским
организациям государственной системы
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 Московского
городского фонда обязательного медицинского страхования
от 27.04.2015 № 335/142

И.о. Главного врача «ГБУЗ КДЦ №2 ДЗМ»
Коноваловой Екатерине Александровне
От гр. _____

_____ (ФИО полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)

гражданство _____ пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____

_____ ГБУЗ «КДЦ №2 ДЗМ» Филиал № _____

(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ _____, выдан страховой медицинской организацией

«___» _____ года

Место регистрации: _____, дата регистрации _____,

Место жительства (пребывания) _____,
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса,
отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ № _____, выдан
«___» _____ 20__ года

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация _____
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.

«___» _____ 20__ года _____ (_____) (Ф.И.О.)
(подпись)

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

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с «___» _____ 20__ года Участок № _____ Врач _____,
Отказать в прикреплении в связи с _____

_____ (_____) (Ф.И.О. Руководителя МО)
(подпись)

«___» _____ 20__ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки:
«___» _____ 20__ года.

Получил копию заявления _____ (_____) (Ф.И.О.)
(подпись)