|  |  |
| --- | --- |
|  | Главному врачу ГБУЗ КК ПК ГП № 3  Ю.И. Машлыкину  От гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации**

Я,  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,**

Дата рождения **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , пол \_\_\_мужской/женский\_\_\_\_\_ ,

(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ГБУЗ КК ПК ГП № 3 \_\_\_ ,**

(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство)

№ **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, выдан страховой медицинской организацией  **\_\_\_\_ ,** «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес**: (фактическое проживание)**

**\_г.П-Камчатский, ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,**

по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту **фактического проживания** без регистрации (нужное подчеркнуть)

Место регистрации: **(по паспорту) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дата регистрации:  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Прикреплен к медицинской организации

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть если не прикреплен к МО)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность)

**\_\_\_\_\_\_\_\_ ,**

Серия **\_\_\_\_\_\_\_**  № **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** , выдан « **\_\_\_\_** » **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование органа, выдавшего документ)

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.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

" **\_\_\_** " **\_\_\_\_** 20\_\_\_\_ года Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**)

**(Ф.И.О.)**

Дата и время регистрации заявления:

"\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_\_\_

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

**Прикрепить** с "\_\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года

Участок N \_\_\_\_\_\_\_\_ Врач - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Отказать в прикреплении в связи**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО главного врача)

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года

М.П.

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

"\_\_\_\_\_ "\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (ФИО)