

Приложение № 2
к Порядку учета
застрахованных лиц

РЕШЕНИЕ
Администрации МО

Главному
врачу _____

_____ (наименование и адрес медицинской организации)

СНИЛС врача, за которым закрепляется
гражданин _____

От _____

Дата _____ подпись _____

_____ (ФИО заявителя в соответствии с документом)

МП

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Прошу принять меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) на медицинское обслуживание.

Я проинформирован о том, что в соответствии со статьей 21 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 29.12.2015) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" выбор медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи гражданин осуществляет, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина).

Подпись лица, подающего заявление (представителя застрахованного) _____

Информация о гражданине, осуществляющем выбор МО:

Фамилия _____ Имя _____

Отчество (при наличии) _____
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Пол: **муж. жен.** (нужное подчеркнуть) Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

Место рождения:

_____ (в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Гражданство:

_____ (название государства; лицо без гражданства)

Вид документа, удостоверяющего личность _____

Серия _____ Номер _____ Кем и когда выдан _____

СНИЛС _____

Адрес регистрации по месту жительства: субъект Российской Федерации _____

(республика, край, область, округ)

район _____ город _____

населенный пункт _____

(село, поселок и т.п.)

улица (проспект, переулок и т.п.) _____

№ дома (владения) _____ корпус (строение) _____ квартира _____

Дата регистрации по месту жительства _____

Адрес места пребывания (указывается для оказания медицинской помощи на дому по вызову)

район _____ город _____

населенный пункт _____

(село, поселок и т.п.)

улица (проспект, переулок и т.п.) _____

№ дома (владения) _____ корпус (строение) _____ квартира _____

№ полиса ОМС _____ Наименование СМО, застраховавшей гражданина _____

Наименование медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления _____

Сведения о представителе гражданина:

Фамилия _____ Имя _____

Отчество (при наличии) _____

(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Отношение к гражданину _____

Данные о документе, удостоверяющем личность представителя:

вид документа _____ серия _____ номер _____ кем и когда выдан _____

Контактная информация:

Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____

Адрес электронной почты _____

Подпись лица, подающего заявление (представителя застрахованного) _____

Дата подачи заявления _____

Заявление принял: _____

(подпись представителя медицинской организации)

(расшифровка подписи)

Дата _____

(число, месяц, год)