

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации**

Я, _____, дата рождения _____,
(Ф.И.О. полностью) (число, месяц, год)
Паспорт: серия _____, номер _____, выдан « ____ » _____ года.

Кем и, когда выдан: _____

Прошу прикрепить _____
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения _____, пол: мужской/женский
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)
законным представителем, которого я являюсь: несовершеннолетний ребенок _____

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя).

для оказания первичной медико-санитарной помощи к: **Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Детская стоматологическая поликлиника № 45 Департамента здравоохранения города Москвы»**

Страховой медицинский полис (временное свидетельство): № _____
выдан страховой медицинской организацией _____
" ____ " _____ 20 ____ года.

Домашний адрес _____
(фактического проживания)

Место регистрации: _____ . Конт. Телефон: _____
(постоянной регистрации, временной регистрации, место фактического проживания без регистрации)

Посещает д/сад, школу № _____

Прикреплен к медицинской организации (по стоматологии): _____

Не прикреплен к медицинской организации (по стоматологии) (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ ребенка

(нужное подчеркнуть):
серия _____ № _____, выдан " ____ " _____ 20 ____ года, _____

(наименование органа, выдавшего документ)

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 _____ / _____ /
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " ____ " _____ 20 ____ года _____: _____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с " ____ " _____ 20 ____ года.

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)