

Главному врачу  
Кирсанова

от гр. \_\_\_\_\_

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: \_\_\_\_\_ пол **МУЖСКОЙ**/женский  
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

законным представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_

(указать, оплодание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдан

для оказания первичной медико-санитарной помощи к **ГБУЗ «ДСП №25 ДЗМ»**  
(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

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

Место регистрации: \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации: \_\_\_\_\_

(наименование)

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

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи гражданином, законным представителем которого я  
являюсь, и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в  
соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Личная подпись \_\_\_\_\_ ( )

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

Кирсанова Е.Ю

(подпись)

(Ф.И.О. главного врача)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

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

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Получил копию заявления \_\_\_\_\_