

Главному врачу

\_\_\_\_\_ (наименование МО, принявшей заявление)

расположенного по адресу.

\_\_\_\_\_ (фактический адрес МО, принявшей заявление)

**ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской  
организации  
(Ф.И.О. (при наличии) гражданина)**

дата рождения: \_\_\_\_\_

место рождения: \_\_\_\_\_

гражданство: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность:

наименование: \_\_\_\_\_

серия, №: \_\_\_\_\_

орган, выдавший документ:

дата выдачи: \_\_\_\_\_

место жительства:

место регистрации: \_\_\_\_\_

полис ОМС: серия (при наличии) \_\_\_\_\_ номер

наименование страховой медицинской организации:

контактная информация: \_\_\_\_\_

действующий лично или через своего представителя (нужное подчеркнуть) прошу прикрепить меня к Вашей медицинской организации для получения медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Причина прикрепления:

- выбор 1 раз в год;
- смена места жительства или места пребывания.

Я осознаю, что буду откреплен(а) от медицинской организации, в которой нахожусь на обслуживании на момент подачи данного заявления

\_\_\_\_\_, расположенной по адресу: \_\_\_\_\_  
(наименование МО)

Я проинформирован об особенностях оказания мне амбулаторно-поликлинической помощи на дому.

Подпись гражданина (его представителя)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ г.  
(дата)

Сведения о представителе:

фамилия, имя, отчество (при наличии):

отношение к гражданину: \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность:

наименование: \_\_\_\_\_

серия, №: \_\_\_\_\_

орган, выдавший документ: дата выдачи:

контактная информация: \_\_\_\_\_

Подпись уполномоченного лица медицинской организации (ФИО).

Дата

М.П.