Главному врачу

ГБУЗ ЯО "КБ № 2"

Суздальское ш., 39

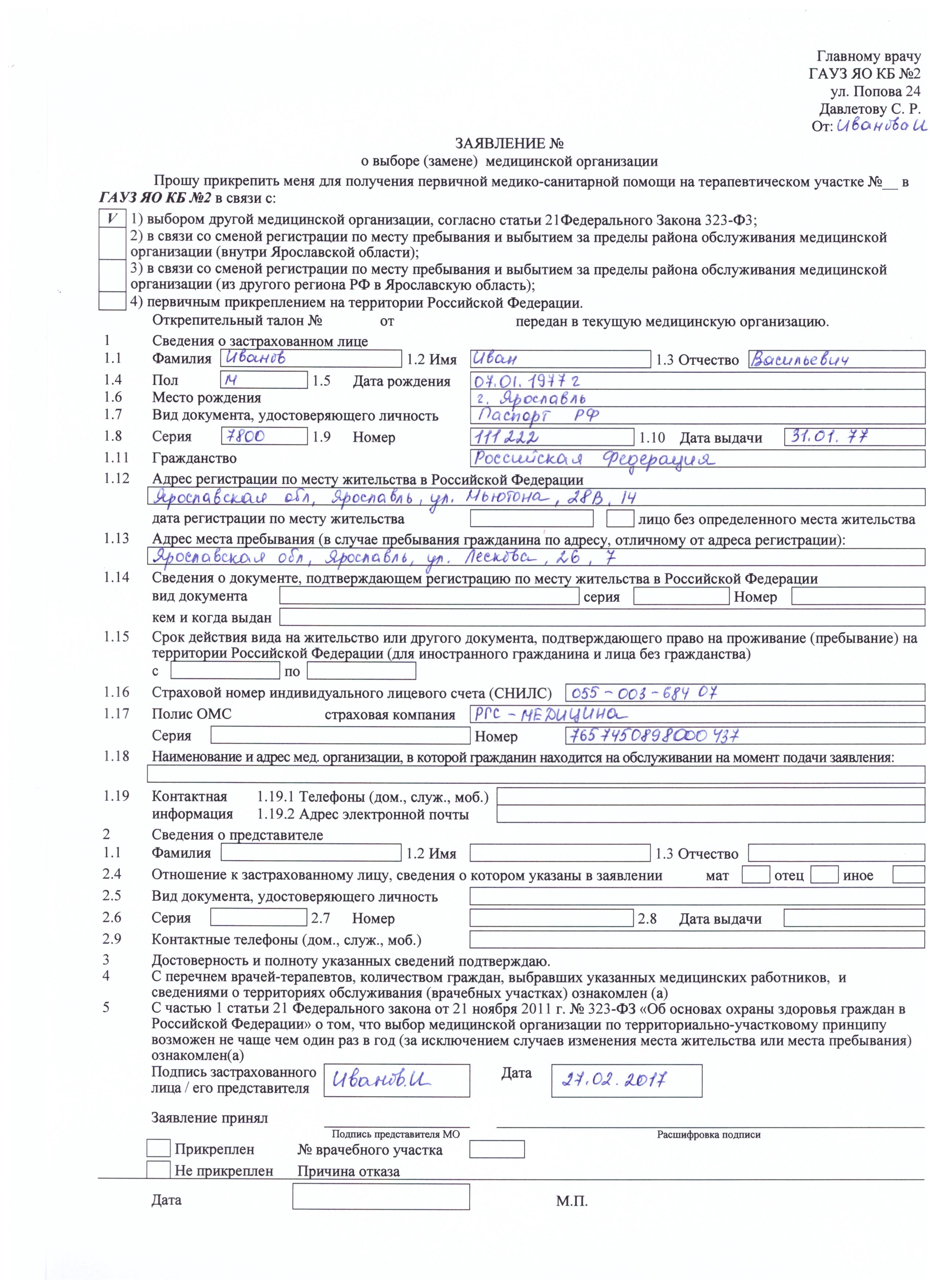
Аверину С. В.

От:

ЗАЯВЛЕНИЕ №   
о выборе (замене) медицинской организации

Прошу прикрепить меня для получения первичной медико-санитарной помощи на <\_\_\_> № в ***ГБУЗ ЯО "КБ № 2"*** в связи с:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***V*** | 1) выбором другой медицинской организации, согласно статьи 21Федерального Закона 323-Ф3; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 2) в связи со сменой регистрации по месту пребывания и выбытием за пределы района обслуживания медицинской организации (внутри Ярославской области); | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 3) в связи со сменой регистрации по месту пребывания и выбытием за пределы района обслуживания медицинской организации (из другого региона РФ в Ярославскую область); | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 4) первичным прикреплением на территории Российской Федерации. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Открепительный талон № | | | | | | | | | | |  | | от | |  | | | | | передан в текущую медицинскую организацию. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | | Сведения о застрахованном лице | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | | Фамилия | | |  | | | | | | | | | | | 1.2 Имя | | | |  | | | | | | | | | | 1.3 Отчество | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.4 | | Пол | | |  | | | | | 1.5 | | | | Дата рождения | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6 | | Место рождения | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7 | | Вид документа, удостоверяющего личность | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.8 | | Серия | | | |  | | | | 1.9 | | | | Номер | | | | | |  | | | | | | | | | 1.10 | | Дата выдачи | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.11 | | Гражданство | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.12 | | Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | дата регистрации по месту жительства | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  |  | лицо без определенного места жительства | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.13 | | Адрес места пребывания (в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.14 | | Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | вид документа | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | серия | | |  | | | | | Номер | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | кем и когда выдан | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.15 | | Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | с |  | | | | | по | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.16 | | Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.17 | | Полис ОМС | | | | | | | | | страховая компания | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Серия | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Номер | | | | | 1.10  Дата выдачи | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.18 | | Наименование и адрес мед. организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.19 | | Контактная | | | | | 1.19.1 Телефоны (дом., служ., моб.) | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | информация | | | | | 1.19.2 Адрес электронной почты | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | Сведения о представителе | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.1 | | Фамилия | | | |  | | | | | | | | | | 1.2 Имя | | | |  | | | | | | | | | | 1.3 Отчество | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.4 | | Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | мать | | |  | | отец | | |  | иное |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.5 | | Вид документа, удостоверяющего личность | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.6 | | Серия | |  | | | | | | 2.7 | | | | Номер | | | | | |  | | | | | | | | | 2.8 | | Дата выдачи | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2.9 | | Контактные телефоны (дом., служ., моб.) | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | С перечнем врачей-терапевтов, количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) ознакомлен (а) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | С частью 1 статьи 21 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» о том, что выбор медицинской организации по территориально-участковому принципу возможен не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания) ознакомлен(а) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Подпись застрахованного лица / его представителя | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | Дата | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | Заявление принял | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | | | Подпись представителя МО | | | | | | | |  | Расшифровка подписи | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | Прикреплен | | | | | | № врачебного участка | | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | Не прикреплен | | | | | | Причина отказа | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Дата | | | | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | М.П. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Пример оформления заявления  
  
**