

Приложение 2
к Регламенту прикрепления и учета граждан,
застрахованных по ОМС, к медицинским
организациям государственной системы
здравоохранения города Москвы, оказывающим
первичную медико-санитарную помощь и
включенным в реестр медицинских организаций,
осуществляющих деятельность в сфере ОМС
города Москвы, с использованием ЕМИАС,
утвержденному приказом Департамента
здравоохранения города Москвы и Московского
городского фонда обязательного медицинского
страхования
от 27.04.2015 № 335/142

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения _____
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол мужской / женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: _____
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;

в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)
для оказания первичной медико-санитарной помощи к _____

Полис обязательного медицинского страхования (полное наименование медицинской организации)
№ _____, выдан _____ (временное свидетельство)
организацией _____ страховой медицинской

« _____ » _____ года.
Место регистрации: _____, дата регистрации: _____

Место жительства (пребывания): _____
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от
адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).
Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося
гражданина: серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ 20 _____ года _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация _____
Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в
соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

« _____ » _____ 20 _____ года _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « _____ » _____ 20 _____ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ года. Участок № ____ Врач _____
Отказать в прикреплении в связи с _____

_____ (подпись) _____ (Ф.И.О. руководителя МО)

« ____ » _____ 20 ____ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки « ____ » _____ 20 ____ года.

Получил копию заявления _____ (подпись) _____ (Ф.И.О.)