Приложение 2

к Регламенту прикрепления и учета застрахованных лиц по ОМС, к медицинским организациям государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающим первичную медико-санитарную помощь включенным в реестр медицинских организаций осуществляющих деятельность в сфере ОМС города Москвы с использованием ЕМИАС, утвержденному приказом ДЗМ и МГФОМС от 27 апреля 2015 г. N 335/142

Главному врачу

С. А. Фурсову

От гр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью, номер телефона)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации**

Я, ,

 (фамилия, имя, отчество)

дата рождения , пол мужской/женский ,

 (число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к **ГБУЗ ГКБ им. братьев Бахрушиных Департамента Здравоохранения города Москвы**

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N ,

выдан страховой медицинской организацией , " " года. СНИЛС

Фактический адрес:

Адрес регистрации:

Прикреплен к медицинской организации

(наименование)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий'личность **:**

серия N , выдан " " год \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

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.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

" " 20 года Личная подпись ( )

(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " " 20 года :

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с " " 20 года Участок N Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ С.А. Фурсов

 (Подпись) (Ф.И.О. главного врача)