

Директору МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова

член – корреспонденту РАН

Камалову Армаису Альбертовичу

от гр. Иванова Иван Ивановича
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

о выборе медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»

Я, Иванов Иван Иванович

дата рождения 01.01.1950 (число, месяц, год) (фамилия, имя, отчество) г. Москва место рождения

гражданство Россия, пол - мужской / женский (нужное подчеркнуть), прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ 770153267431112 выдан страховой медицинской организацией РОСНО "10" 01 2012 года.

Место регистрации: г. Москва ул. Угальцова дом 15 кв 44

дата регистрации: 16 / 03 / 1999

Место жительства (пребывания): г. Москва ул. Угальцова дом 15 кв 44

Прикреплен к медицинской организации _____ (наименование)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия 4507 № 653672

выдан "11" 08 2004 года УВД района Троицк Вернадского

г. Москва (наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация (тел) +7(916)015-44-80

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.

"1" апреля 2012 года Иванов (Иванов И.И.)

(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" ___ 20___ года.

Решение директора МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова: Прикрепить с "___" ___ 201___ года. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись) (Ф.И.О. директора МНОЦ МГУ) (А.А.Камалов)

"___" ___ 20___ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением директора МНОЦ МГУ выдана на руки

"___" ___ 20___ года.

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

**Информированное согласие
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при
выборе медицинской организации по профилю «стоматология»**

Я, Иванов Иван Иванович

(фамилия, имя, отчество гражданина или его законного представителя)

дата рождения « 01 » января 1950 года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я в доступной для меня форме ознакомлен ответственным сотрудником данной медицинской организации с перечнем врачей специалистов и количеством граждан, выбравших данную медицинскую организацию.

Мне разъяснен порядок организации медицинской помощи в неотложной и плановой форме в случае отсутствия в данной медицинской организации необходимых ресурсных возможностей (врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования).

Я проинформирован о возможности быть прикрепленным для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» только к одной медицинской организации.

(подпись) Иванов Иван Иванович

(Ф. И. О. гражданина или законного представителя гражданина)

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

«

г.

(дата оформления) 01.04.2017