

Директору МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова
член – корреспонденту РАН
Камалову Армаису Альбертовичу

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

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

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

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

гражданство _____, пол - мужской / женский (нужное подчеркнуть),

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю
«стоматология»

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ _____, выдан страховой медицинской организацией
" " 20__ года.

Место регистрации: _____

дата регистрации: ____/____/____.

Место жительства (пребывания): _____

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ № _____,
выдан " " 20__ года

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация (тел) _____

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 директора МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова:

Прикрепить с " " 201__ года. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(А.А.Камалов)

(подпись)

(Ф.И.О. директора МНОЦ МГУ)

" " 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, _____

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

дата рождения « ____ » _____ 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)

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

(подпись)

(Ф. И. О. медицинского работника)

«

г.

(дата оформления)