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 | 1.10Дата 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

**