

**ГБУЗ «Городская клиническая больница № 68
Департамента здравоохранения города Москвы»
Амбулаторно-поликлинический центр**

Главному врачу ГБУЗ «ГКБ № 68 ДЗМ» С.Н. Переходову
От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

**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 амбулаторно-поликлиническому центру ГКБ № 68

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) серия _____ № _____,
выдан страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.

СНИЛС _____ Фактический адрес проживания: _____

По постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания
без регистрации (нужное подчеркнуть)

Регистрация по паспорту: _____
_____ дата регистрации _____

Дом. тел. _____ Моб. тел. _____

Мед. организация по месту постоянной регистрации _____
(наименование, адрес)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): _____
серия _____ № _____, 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 _____ (_____)

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ГКБ № 68:

Прикрепить с "___" _____ 20__ года, Участок № _____ Врач - _____

Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись)

М.П. "___" _____ 20__ года

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.

"___" _____ 20__ г. Получил копию заявления _____
(подпись) (ФИО)