

Приложение 3

к Порядку прикрепления и учета граждан, застрахованных по ОМС на территории города Москвы, к медицинским организациям, участвующим в реализации Территориальной программы обязательного медицинского страхования, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, а также первичную медико-санитарную помощь по профилю «стоматология», применяющих способ оплаты медицинской помощи по подушевому нормативу финансирования на прикрепившихся лиц

Руководителю медицинской организации

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»  
к \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)  
№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ страховой медицинской  
организацией \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.

Место регистрации: \_\_\_\_\_, дата регистрации: \_\_\_\_\_.

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от  
адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(полное наименование медицинской организации)

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 \_\_\_\_\_

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 РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_.

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. руководителя МО)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)