

Приложение 1 к Порядку прикрепления и учета застрахованных лиц, выбравших медицинскую организацию Амурской области для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования, утвержденному приказом министерства здравоохранения Амурской области и Территориального фонда обязательного медицинского страхования Амурской области от 06.09.2012 г. № 753/284

ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4»
Главному врачу Н.Г.Дубоделовой

ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется лично заявителем)

Я, _____
(ФИО застрахованного лица),

Пол (муж/жен), дата рождения « ____ » _____ г.

Гражданство _____ место рождения _____

Вид документа, удостоверяющего личность, _____, серия _____, номер _____
дата выдачи « ____ » _____ 20 ____ г.

Полис обязательного медицинского страхования: серия _____, номер _____,

выдан страховой медицинской организацией _____,

(наименование страховой медицинской организации)

срок действия _____

Территориально прикреплен(а) к _____

(наименование и адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления)

СНИЛС _____

Адрес регистрации по месту жительства _____

Дата регистрации прописки (в паспорте) _____

Адрес фактического места жительства _____

(указывается в случае пребывания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства)

Контактная информация: _____ Телефон (домашний, служебный, сотовый)

Прошу прикрепить меня к медицинской организации **ГАУЗ АО «Городская поликлиника №4»** для получения в полном объеме первичной медико-санитарной помощи, определенной ст. 33 Федерального закона от 21.11.2011 № 323 – ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования и даю согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством РФ.

Я осознаю, что буду откреплен(а) от медицинской организации _____, в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

(подпись гражданина)

(расшифровка подписи)

Дата « ____ » _____ 20 ____ г.

Заявление принял: _____
(подпись представителя медицинской организации)

(расшифровка подписи)

Решение руководителя медицинской организации:

Принять на медицинское обслуживание с « ____ » _____ 20 ____ г.

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

« ____ » _____ 20 ____ г.

Подпись _____

(расшифровка подписи)

При не полном заполнении, заявление считается не действительным.