

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, инициалы заявителя)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе медицинской организации  
(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации – государственное автономное учреждение здравоохранения Новосибирской области «Городская клиническая поликлиника № 1» (ГАУЗ НСО «ГКП № 1»)  
(наименование МО)

для получения в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области первичной медико-санитарной помощи в связи с (нужное отметить знаком V):

- первичным выбором медицинской организации;
- выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;
- выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
- прекращением деятельности медицинской организации;
- откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплён (а) от медицинской организации в которой ранее получал (а) медицинскую помощь. Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления:

\_\_\_\_\_  
(наименование МО, адрес)

**I. Информация о гражданине**

1.1. Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Пол (нужное подчеркнуть): муж /жен

1.4. Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

1.5. Место рождения \_\_\_\_\_

1.6. Гражданство \_\_\_\_\_

1.7. Полис ОМС: № \_\_\_\_\_

1.8. Сокращенное наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин

1.9 Документ, удостоверяющий личность:

вид документа: \_\_\_\_\_ (паспорт, другой документ, удостоверяющий личность)

серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

кем выдан \_\_\_\_\_

**Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации)**

\_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата и место выдачи документа)

1.10. Адрес постоянной регистрации \_\_\_\_\_

город (село, деревня): \_\_\_\_\_ район: \_\_\_\_\_  
область (край, республика): \_\_\_\_\_ улица \_\_\_\_\_, дом \_\_\_\_\_, корпус \_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_  
1.11. Адрес фактического проживания для оказания медицинской помощи на дому при вызове  
медицинского работника (заполняется при несовпадении адреса регистрации и места жительства):  
город (село, деревня): \_\_\_\_\_ район: \_\_\_\_\_  
улица \_\_\_\_\_ дом \_\_\_\_\_, корпус \_\_\_\_\_, квартира \_\_\_\_\_

1.12. Дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_  
1.13. Контактный телефон: код домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ сотовый \_\_\_\_\_

## II. Сведения о представителе\*

(\* для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами)

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении (нужное подчеркнуть)  
мать \_\_\_\_\_  
отец \_\_\_\_\_  
иное - \_\_\_\_\_

2.4. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

2.5. Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя:  
\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.6. Контактный телефон: код домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ сотовый \_\_\_\_\_

Дополнительно сообщая: \_\_\_\_\_  
(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, инвалидности по заболеванию и пр.)

## III. Дополнительные сведения

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю.

Подпись заявителя (законного представителя) \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(дата)

## РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Принять на медицинское обслуживание с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Отказать в принятии на медицинское обслуживание в связи

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
(подпись) (ФИО главного врача)

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки  
"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Копию заявления получил \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО)