|  |  |
| --- | --- |
|  | **Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации»**  125367, г. Москва, Иваньковское шоссе, д. 7 |
|  | (наименование медицинской организации) |
|  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (фамилия, имя, отчество (при наличии) |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации**[[1]](#endnote-1)

Прошу принять меня/гражданина, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в качестве лица, застрахованного по обязательному медицинскому страхованию, в медицинскую организацию Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации».

**1. Сведения о застрахованном лице**

* 1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

* 1. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

* 1. Отчество (при наличии) [[2]](#endnote-2)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.4. Пол: муж. |  | жен. |  | (нужное отметить знаком “V”) |

1.5. Дата рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

1.6. Место рождения: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Гражданство:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название государства; лицо без гражданства)

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия |  | номер |  |

1.9. Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации[[3]](#endnote-3):

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| а) почтовый индекс | | |  |  |  |  |  |  |
| б) город |  | | | | | | | |

в) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(село, поселок и т.п.)

г) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| д) № дома (владения) | | |  | е) корпус (строение) |  | ж) квартира |  |
|  | лицо без определённого места жительства[[4]](#endnote-4) | | | | | | |

1.10. Адрес места пребывания[[5]](#endnote-5) (указывается в случае пребывания гражданина по адресу отличному от адреса регистрации по месту жительства):

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| а) почтовый индекс | |  |  |  |  |  |  |
| б) город |  | | | | | | | |

в) населенный пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(село, поселок и т.п.)

г) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| д) № дома (владение) |  | з) корпус (строение) |  | ж) квартира |  |

з) дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.11. Контактная информация:  1.11.1. Телефон (с кодом): |  |  | домашний |  | служебный |  |
| 1.11.2. Адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | | | | | |

1.12. Номер полиса ОМС гражданина 

1.13.Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.14. Прикреплен к медицинской организации:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения стоматологической помощи и согласие на использование моих персональных данных при обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

**Предупрежден о невозможности выписки льготных рецептов и вызова врача на дом.**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)**

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

**Прикрепить с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ года.**

**Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Забродина Н.Б.)**

**«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_ года**

**М.П.**

**При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:**

1. для граждан Российской Федерации:

◦ паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта;

◦ полис обязательного медицинского страхования;

1. для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным [законом](consultantplus://offline/ref=46986145B235846D8A6AF3EA305F5E6021A3F617CB0A9A88B5FE30FC26WDV4L) «О беженцах»:

◦ удостоверение беженца или свидетельство о рассмотрении ходатайства о признании беженцем по существу, или копия жалобы на решение о лишении статуса беженца, поданной в Федеральную миграционную службу с отметкой о ее приеме к рассмотрению, или свидетельство о предоставлении временного убежища на территории Российской Федерации

◦ полис обязательного медицинского страхования;

1. для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации:

◦ паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина;

◦ вид на жительство;

◦ полис обязательного медицинского страхования;

1. для лиц без гражданства, постоянно проживающих в Российской Федерации:

◦ документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства;

◦ вид на жительство;

◦ полис обязательного медицинского страхования;

1. для иностранных граждан, временно проживающих в Российской Федерации:

◦ паспорт иностранного гражданина либо иной документ, установленный федеральным законом или признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность иностранного гражданина, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации;

◦ полис обязательного медицинского страхования;

6) для лиц без гражданства, временно проживающих в Российской Федерации:

◦ документ, признаваемый в соответствии с международным договором Российской Федерации в качестве документа, удостоверяющего личность лица без гражданства, с отметкой о разрешении на временное проживание в Российской Федерации либо документ установленной формы, выдаваемый в Российской Федерации лицу без гражданства, не имеющему документа, удостоверяющего его личность;

◦ полис обязательного медицинского страхования;

1. для представителя гражданина, в том числе законного:

◦ документ, удостоверяющий личность, и документ, подтверждающий полномочия представителя;

1. в случае изменения места жительства - документ, подтверждающий факт изменения места жительства.

1. При заполнении заявления исправления не допускаются. [↑](#endnote-ref-1)
2. При отсутствии отчества в документе, удостоверяющем личность, в графе отчество ставится прочерк. [↑](#endnote-ref-2)
3. Указывается адрес места постоянной регистрации застрахованного. [↑](#endnote-ref-3)
4. Отмечается знаком «V». [↑](#endnote-ref-4)
5. Указывается адрес места временной регистрации или фактического пребывания застрахованного [↑](#endnote-ref-5)