**Начальнику поликлиники**

**ЧВВМУ имени П.С.Нахимова**

  **Севастополь, ул.Парковая, д.6/10**

 (наименование и адрес медицинской организации)

 От гр. **Иванова Ивана Ивановича**

 (Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе (замене) медицинской организации**

**Я, Иванов Иван Иванович, 01.01.1991г.р., муж.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,**

 (фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол- муж./ жен.)

место рождения **г.Севастополь** гражданство **\_\_РФ\_\_\_\_** статус: **работающий**/неработающий

 (нужное подчеркнуть) Прошу Вас прикрепить меня \_\_\_\_\_**поликлиника**  **ЧВВМУ имени П.С.Нахимова\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(полное наименование медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № \_**0000 0000 0000 0000** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Крыммедстрах / Арсенал МС вписать или другая страх мед организация\_\_\_**выдан \_**00.00\_\_\_\_\_**\_20\_\_г.

 (наименование страховой медицинской организации) (число, месяц)

Место регистрации: **г.Севасополь, ул.Ленина,д.9,кв.10)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** дата регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_**заполнить в случае\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, **указывается в случае**

 **адреса, отличного от адреса места регистрации)**

Прикреплен к медицинской организации **поликлиника №1 Горбольница № 1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,**

 (наименование, **если не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть)**

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия\_**00 00**\_№ \_\_**\_000000**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан «**\_00\_\_»** **месяц**  20 \_\_ года **\_\_отдел УФМС России по городу Севастополю в Ленинском районе**\_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

СНИЛС № **135-157-799 74\_**Контактная информация **+7(978)ХХХ ХХХ , +7(8692)ХХХ ХХХ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 (номер телефона, адрес электронной почты)

Информация о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе):

Ф.И.О. (при наличии) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не заполнять\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Отношение к застрахованному лицу**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ не заполнять \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Данные документа, удостоверяющего личность **\_\_\_\_\_\_\_\_ не заполнять\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

(серия, номер, дата выдачи, наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**не заполнять\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(номер телефона, адрес электронной почты)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при 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 **подпись** (**Фамилия И.О.**)

**Дату и месяц не писать!!! (**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)**

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_года  м.п.