Начальнику ФБУЗ МСЧ №52 Тимофеевой В.Ю

От гр. _____

_____

*(Ф.И.О. полностью)*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**
**о выборе медицинской организации**

Я, _____,

*(Ф.И.О. полностью)*

дата рождения _____,_____ пол _ мужской/женский_____

*(число,месяц,год)* *(нужное подчеркнуть)*

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____выдан страховой

медицинской организацией _____«____»_____20____года.

Домашний адрес _____

*(по постоянной регистрации, по временной регистрации,по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)*

Прикреплен к медицинской организации _____***ФБУЗ МСЧ №52 ФМБА России***_____

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)*

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.

С порядком оказания медицинской помощи (на дому по участковому принципу) с учетом территориальной доступности ознакомлен.

«_____»_____20____года Личная подпись _____ ( _____ )

*(Ф.И.О.)*

Дата и время регистрации заявления «_____»_____20_____года _____

**РЕШЕНИЕ НАЧАЛЬНИКА :**

Прикрепить с «_____»_____20____г. Участок №_____Врач_____

Отказать в прикреплении в связи_____

_____

_____

*Подпись* *Ф.И.О начальника*

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением начальника выдана на руки

«_____» _____ 20____г. Получил копию заявления _____/

*(подпись)* *(Ф.И.О.)*