

## ЗАЯВЛЕНИЕ

(ФИО заполняется печатными буквами)

Я, (Ф.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
(И.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  
(О.) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

дата рождения | | | | | | | | | | г., пол женский, гражданство \_\_\_\_\_ ,  
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» женская консультация № \_\_. Мною предъявлено \-н  
временное свидетельство | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | от | | | | . | | | | . 20 | | | | г.

постоянный полис | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

что выдано \-ан страховой медицинской организацией ( для бумажных смотреть по последней печати на обороте ):  
\_\_\_\_\_ ( | | | | | | | | | | ) в городе \_\_\_\_\_ | | | | . | | | | . 20 | | | | г.

Адрес регистрации (постоянной по штампу в паспорте РФ): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Дата регистрации по адресу: | | | | . | | | | . 20 | | | | г.

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_

Паспорт РФ \ ВНЖ в РФ \ Паспорт иностранного гражданина ( \_\_\_\_\_ )  
(подчеркнуть название документа удостоверяющего личность) (указать иностранное государство)

серия | | | | | | | | № | | | | | | | | | | выдан | | | | . | | | | . 20 | | | | г.

\_\_\_\_\_ ( полное наименование органа, выдавшего документ, удостоверяющий личность )

Период действия временной регистрации с | | | | . | | | | . 20 | | | | г. до | | | | . | | | | . 20 | | | | г.  
(указывается для иностранных граждан и граждан с ВНЖ)

Домашний тел. +7 ( | | | | | | | | ) | | | | | | | | - | | | | | | | |

Мобильный тел. +7 ( | | | | | | | | ) | | | | | | | | - | | | | | | | |

Эл. почта : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Страховое свидетельство пенсионного страхования СНИЛС: | | | | | | | | - | | | | | | | | - | | | | | | | |

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 неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

Дата " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2024 года Личная подпись \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2024 года. \_\_\_\_\_

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2024 года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ (Проценко Д.Н.)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2024 года. М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки " \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )