

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить _____
(застрахованное лицо (Ф.И.О.), законным представителем которого я являюсь)

к медицинской организации в связи с *(нужное выделить 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.

Сведения о застрахованном лице:

1. Фамилия _____
2. Имя _____
3. Отчество (при наличии) _____
4. Пол _____
5. Дата рождения: _____
6. Место рождения _____
7. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность)* _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

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

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

9. Адрес регистрации: _____

10. Адрес проживания *(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)*: _____

_____ совпадает с адресом регистрации *(выделить знаком «V»)*

(заполняется при несоответствии адреса регистрации и места жительства)

11. Дата регистрации _____

12. Страховой медицинский полис *(серия, номер, дата выдачи)* _____

13. Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован ребенок _____

14. СНИЛС *(при наличии)* _____

15. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой ребенок находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

16. Является *(нужное выделить знаком «V»)*:

_____ гражданином Российской Федерации;
_____ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;

_____ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации;

_____ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

_____ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;

_____ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.

Сведения о законном представителе застрахованного лица (ребенка):

1. Фамилия _____

2. Имя _____

3. Отчество *(при наличии)* _____

4. Дата рождения _____

5. Отношение к ребенку: отец, мать, иное *(нужное подчеркнуть)*

6. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя _____

7. Паспорт *(другой документ, удостоверяющий личность)* _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

8. Контактная информация законного представителя застрахованного лица:

(телефон, e-mail, аккаунт социальной сети)

Подпись законного представителя застрахованного лица _____

Дата « ____ » _____ 202 ____ г.