Главному врачу КГБУЗ «КДЦ» М.В. Горелову

от

(фамилия, имя, отчество)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**о выборе (замене) медицинской организации

для получения первичной медико-санитарной помощи

Прошу зарегистрировать меня / гражданина, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в качестве лица, получающего первичную медико-санитарную помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинской организации **КГБУЗ «Клинико-диагностический центр» министерства здравоохранения Хабаровского края**

наименование медицинской организации

в связи с (нужное отметить знаком "**V**"):

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1) выбором медицинской организации; |
|  | 2) заменой медицинской организации в  соответствии с правом замены один раз  в течение календарного года; |
|  | 3) заменой медицинской организации в  связи со сменой места жительства. |

1.1. Фамилия

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

1.2. Имя

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

1.3. Отчество (при наличии)

(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. Вид документа, удостоверяющего личность

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1.8. Серия |  | 1.9. Номер |  |

1.9. Дата выдачи: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.10. код подразделения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_1.11. Кем выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.12. Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.13. СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название государства; лицо без гражданства)

1.14. Номер полиса ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.15. Наименование страховой медицинской организации, выдавшей полис ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1.16. Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1.17. Адрес постоянной регистрации по месту жительства в Российской Федерации [[1]](#footnote-1)(место жительства - жилой дом, квартира, комната, жилое помещение специализированного жилищного фонда либо иное жилое помещение, в которых гражданин постоянно или преимущественно проживает в качестве собственника, по договору найма (поднайма), договору найма специализированного жилого помещения либо на иных основаниях, предусмотренных законодательством РФ, и в которых он зарегистрирован по месту жительства - абз. 8 ст. 2 Закона РФ от 25.06.1993 г. № 5242-1)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| а) почтовый индекс |  |  |  |  |  |  |

б) субъект Российской Федерации

(республика, край, область, округ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| в) район |  | г) город |  |

д) населенный пункт

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.)

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

|  |  |
| --- | --- |
|  | лицо без определенного места жительства [[2]](#footnote-2) |

1.18. Адрес места пребывания  (указывается в случае проживания гражданина по адресу, отличному от адреса регистрации по месту жительства):

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| а) почтовый индекс |  |  |  |  |  |  |

б) субъект Российской Федерации

(республика, край, область, округ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| в) район |  | г) город |  |

д) населенный пункт

(село, поселок и т.п.)

е) улица (проспект, переулок и т.п.)

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

**В случае, если адрес фактического проживания не входит в зону обслуживания КГБУЗ «КДЦ», прикрепление действует в течение 1 календарного года**

Документ, подтверждающий факт изменения места жительства

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ж) № дома (владения) |  | з) корпус (строение) |  | и) квартира |  |

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

1.19. Контактная информация:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Телефон (с указанием кода): домашний |  | сотовый |  |

2. **Сведения о представителе застрахованного лица** [[3]](#footnote-3)

2.1. Фамилия

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

2.2. Имя

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

2.3. Отчество (при наличии)

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: |  |  |  |  |  |  |  |
| мать |  | отец |  | иное |  | (нужное отметить знаком “V”) |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.6. Серия |  | 2.7. Номер |  |

2.8. Дата выдачи

(число, месяц, год)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.9. Контактный телефон: код |  | домашний |  | сотовый |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Отказываюсь от обеспечения первичной медико-санитарной помощи на дому \*  \*в случае выбора МО, не обслуживающей застрахованных граждан по его месту жительства  **Достоверность указанных сведений подтверждаю** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ подпись / расшифровка подписи  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  подпись / расшифровка подписи |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | |  |  | | | |
| **(подпись застрахованного лица/его представителя)** | | | | | |  | **(расшифровка подписи)** | | | |
| Дата: |  | |
|  |  | |
|  | (число, месяц, год) | |
| Заявление принял: | | |  | | | |  |  |

1. Заполняется в соответствии с документом. [↑](#footnote-ref-1)
2. Отмечается знаком “V”. [↑](#footnote-ref-2)
3. Заполняется в случае составления настоящего заявления представителем застрахованного лица.

   |  |  |  |  |
   | --- | --- | --- | --- |
   | М.П. | (подпись представителя медицинской организации) |  | (расшифровка подписи) |

   [↑](#footnote-ref-3)