|  |  |
| --- | --- |
| *РМИАЦ\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Подпись\_\_\_\_\_\_*  *ФОМС \_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_одпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* | *Руководителю медицинской организации*  *ГАУЗ «ЦГКБ №18 им.проф. К.Ш.Зыятдинова»*  *Р.С. Залалдинову*    *от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |

**ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Прошу прикрепить *(меня или застрахованное лицо (ФИО), законным представителем которого я являюсь)* К медицинской организации ***ГАУЗ «ЦГКБ №18 им.проф.К.Ш.Зыятдинова» г. Казани, ул.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*** в связи (нужное выделить **√**)

*1. первичным выбором медицинской организации;*

*2. выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;*

*3. выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства*

*4. прекращением деятельности медицинской организации*

*5. откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь*

*исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста*

**Сведения о застрахованном лице:**

**1.ФИО**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.Пол М Ж 3. Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. Паспорт (др. документ, удостоверяющий личность) Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата и место выдачи**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ

Серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата и место выдачи документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7.Место жительства(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)

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

8.Адрес регистрации ( по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации-

нужное подчеркнуть)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

9. **Дата регистрации по прописке** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

10. Контактная информация: д.тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_сот.тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_еmail\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

11. Страховой медицинский полис:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

12. Страховая медицинская организация: АК БАРС МЕД, СПАСЕНИЕ, ЧУЛПАН МЕД, Другая**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата выдачи полиса** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

13.СНИЛС

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

14.Зарегистрирован в медицинской организации (прежнее прикрепление):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***Являюсь: -гражданином РФ;***

-лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;

-иностранным гражданином, постоянно проживающим в РФ, гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

-лицом без гражданства, постоянно проживающим в РФ;

-иностранным гражданином, временно проживающим в РФ, гражданство\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

-лицом без гражданства, временно проживающим в РФ;

*Сведения о представителе застрахованного лица:*

1. *ФИО*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Отношение к гражданину: мать, отец, иное\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Основание для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. Документ, подтверждающий право законного представителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
5. Паспорт (или другой документ, удостоверяющий личность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. Контактная информация представителя ( телефон)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Обслуживание на дому участковым врачом, фельдшером и др. специалистами осуществляется согласно территориально-участковому принципу !!!***

Подпись застрахованного лица (законного представителя) **\***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ участок №\_\_\_\_\_\_\_\_ з/о \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_