

от ИВАНОВОЙ МАРИИ  
ИВАНОВНЫ  
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ № \_\_\_\_\_

Прошу прикрепить ИВАНОВА ИВАН ИВАНОВИЧА  
(меня или застрахованное лицо (ФИО), законным представителем\* которого я являюсь)

к медицинской организации ГАОУЗ «Детская городская поликлиника №2» г.Казани; 420097, РТ, г.Казань, ул.Шмидта, дом 30.  
(полное наименование медицинской организации, фактический адрес)

в связи с (нужное выделить знаком «V»):

- первичным выбором медицинской организации;
- выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
- выбором медицинской организации в соответствии со сменой места жительства;
- прекращением деятельности медицинской организации;
- откреплении от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Ф.И.О. ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ
2. Пол МУЖ 3. Дата рождения 01.01.2018
4. Место рождения КАЗАНЬ
5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) СВ-ВО ОРОЖ. IV-КБ 111111  
(серия, №, дата и место выдачи документа)  
ДАТА ВЫДАЧИ, КЕМ ВЫДАНО
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) КАЗАНЬ  
ШМИДТА, 30-1
8. Адрес регистрации (по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации – нужное подчеркнуть)  
КАЗАНЬ ШМИДТА, 30-1
9. Дата регистрации
10. Контактная информация (телефон, e-mail) № ТЕЛЕФОНА
11. Страховой медицинский полис (серия, номер) НОМЕР
12. Страховая медицинская организация АБ, ЧУЛПАН, СПАСЕНИЕ
13. СНИЛС (при наличии) 101100 10 00
14. Зарегистрирован в медицинской организации  
(прежнее прикрепление)

Являюсь / 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 РФ, гражданство \_\_\_\_\_;
- лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;
- иностранным гражданином, временно проживающим в РФ, гражданство \_\_\_\_\_;
- лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации;

Сведения о представителе застрахованного лица: (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Ф.И.О. ДАННЫЕ МАМЫ И ДАТУ РОЖДЕНИЯ МАМЫ
2. Отношение к гражданину: отец, мать, иное (нужное подчеркнуть)
3. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) \_\_\_\_\_
4. Документ, подтверждающий право законного представителя\*\* ПАСПОРТ
5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность)  
(серия, №, дата и место выдачи документа)
6. Контактная информация представителя (телефон, e-mail)

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_ « \_\_\_\_\_ » 201 \_\_\_\_ г.  
(законного представителя)

\* для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия – его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами.

\*\* заполняется при подаче заявления законным представителем.