

от _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ № _____

Прошу прикрепить _____
(меня или застрахованное лицо (ФИО), законным представителем* которого я являюсь)

к медицинской организации ГБУЗ «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;
- откреплением 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. _____

2. Пол _____ 3. Дата рождения _____

4. Место рождения _____

5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____
(серия, №, дата и место выдачи документа)

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 _____

10. Контактная информация (телефон, e-mail) _____

11. Страховой медицинский полис (серия, номер) _____

12. Страховая медицинская организация _____

13. СНИЛС (при наличии) _____

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. _____

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** _____

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.