

Приложение N 1
к Регламенту учета регистрации
застрахованных лиц в медицинских
организациях, осуществляющих
деятельность в сфере обязательного
медицинского страхования на
территории Республики Татарстан,
утвержденного приказом Минздрава РТ
от 10 июля 2013 г. N 1259

Примерная форма

Руководителю медицинской организации

_____ (наименование)

_____ (Ф.И.О. руководителя МО)

от _____

_____ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить _____
(меня или застрахованное лицо (Ф.И.О.),
законным представителем* которого я являюсь)
к медицинской организации _____

_____ (полное наименование медицинской организации, фактический адрес)
в связи с (нужное выделить знаком "✓"):
_____ первичным выбором медицинской организации;
_____ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены
один раз в течение календарного 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. Ф.И.О. _____
2. Пол _____
3. Дата рождения: _____
4. Место рождения _____
5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____

_____ (серия, номер, дата и место выдачи документа)

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

_____ (серия, номер, 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: _____

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 Российской
Федерации, гражданство _____;
_____ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской
Федерации;
_____ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской
Федерации, 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, номер, дата и место выдачи документа)

6. Контактная информация представителя _____
(телефон, e-mail)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____

" ____ " _____ 20 ____ г.

* 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.