Приложение № 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 10.07.2013 №1259

Руководителю медицинской организации (наименование)

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

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

(ФИО руководителя МО)

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

(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 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)

* 1. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации) \_\_\_\_\_\_\_\_\_

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

* 1. 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)

* + 1. Дата регистрации
    2. Контактная информация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(телефон, е-mail)

* + 1. Страховой медицинский полис:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
    2. Страховая медицинская организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
    3. СНИЛС: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(при наличии)

* + 1. Зарегистрирован в медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прежнее прикрепление)

Являюсь/является (нужное выделить знаком «V»):

* гражданином Российской Федерации;
* лицом, имеющим правом 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, е-mail)

Подпись застрахованного лица (законного представителя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_