

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)

ГАУЗ «НЦРМБ»
Хамитову Г.Б.

(ФИО руководителя МО)

от Иванова Ивана Ивановича
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня, Иванова Ивана Ивановича

(меня или застрахованное лицо (ФИО), законным представителем* которого я являюсь) к медицинской организации

к ГАУЗ «НЦРМБ» «Политехника» п.д., пр. Строителей, д.10Б
(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;
- отлучением 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: 01.01.1978
4. Место рождения г. Нижнекамск
5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) 9200 111000, от 25.01.2008г., 50322 Н-ка
(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): пр. Хамитов 1-1
8. Адрес регистрации (по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации - нужное подчеркнуть)
9. Дата регистрации _____
10. Контактная информация 8-917-917-91-71
(телефон, e-mail)
11. Страховой медицинский полис: 16 АБ 1651718000 041
12. Страховая медицинская организация: Ак Барс Мед
13. НИЛС: 059-061-801 70
14. Зарегистрирован в медицинской организации НЦП, НЦРМБ (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) Иванов

« 01 » августа 20 14 г.