

От гр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

## ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации  
по профилю « **СТОМАТОЛОГИЯ** »

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_ мужской/женский \_\_\_\_\_,  
число, месяц, год \_\_\_\_\_  
нужное  
подчеркнуть

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к  
**поликлинике Российского Университета Транспорта (РУТ(МИИТ))**

Страховой медицинской полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , выдан  
страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

"\_\_" \_\_\_\_\_ года.

Домашний адрес: \_\_\_\_\_

по постоянной регистрации, по временной регистрации,  
по месту фактического проживания без регистрации

(нужное подчеркнуть)

Место регистрации: \_\_\_\_\_ дата

\_\_\_\_\_ регистрации \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть,  
если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_) :  
серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан "\_\_" \_\_\_\_\_ год \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих  
персональных данных при их обработке в соответствии с действующим  
законодательством Российской Федерации

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по  
участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)  
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_\_:

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Участок N \_\_\_\_\_ Врач - \_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО главного врача)

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на  
руки

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)