

В \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации, принявшей заявление.)

\_\_\_\_\_ (фактический адрес медицинской организации, принявшей заявление)

Руководителю медицинской организации \_\_\_\_\_  
(фамилия и инициалы руководителя медицинской организации, принявшей заявление)

## ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем, которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) к Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Территориальной программы обязательного медицинского страхования Новосибирской области 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.

### 1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия \_\_\_\_\_

1.2. Имя \_\_\_\_\_

1.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

1.4. Пол: муж.  жен.   
(нужное отметить знаком "V")

1.5. Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

1.6 Место рождения \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.7. Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

1.8. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

1.9. Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

1.10. Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.11 Домашний адрес (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника):  
(по постоянному месту жительства, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации - нужное подчеркнуть):

а) район \_\_\_\_\_  
(наименование района)

б) город \_\_\_\_\_ в) населенный пункт \_\_\_\_\_  
(наименование города) (село, поселок и т.п.)

г) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

д) № дома (владения) \_\_\_\_\_ е) корпус (строение) \_\_\_\_\_ ж) квартира \_\_\_\_\_

1.12. Адрес регистрации (заполняется в случае отличия адреса указанного в п. 1.11)

а) субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

б) район \_\_\_\_\_ в) город \_\_\_\_\_

г) населенный пункт \_\_\_\_\_ д) улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_  
(село, поселок и т.п.)

е) № дома (владения) \_\_\_\_\_ ж) корпус (строение) \_\_\_\_\_ з) квартира \_\_\_\_\_

и) дата регистрации \_\_\_\_\_

1.13 Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации: (для лиц без гражданства, постоянно или временно проживающих в Российской Федерации; для лиц, имеющих право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом «О беженцах»)

а) вид документа \_\_\_\_\_ б) серия \_\_\_\_\_ в) номер \_\_\_\_\_

г) кем и когда выдан \_\_\_\_\_

1.14. Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (временного проживания) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства): с

\_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

1.15. Контактная информация: Телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_  
сотовый \_\_\_\_\_

## 2. Сведения о представителе гражданина (в том числе законном представителе)

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_

2.2. Имя \_\_\_\_\_

2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении:

Мать  Отец  Иное  (нужное отметить знаком "V")

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

2.6. Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

2.7. Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

2.8. Контактная информация:

Телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ служебный \_\_\_\_\_

## 3. Номер полиса

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином)

4. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления)

СНИЛС \_\_\_\_\_

## 5. Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

Дата \_\_\_\_\_ (число, месяц, год) \_\_\_\_\_ (Подпись гражданина / его представителя) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Заявление принял \_\_\_\_\_ (подпись представителя медицинской организации) \_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

## 6. Решение руководителя медицинской организации

Прикрепить с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок N \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

Без обслуживания на дому \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с разрешением руководителя медицинской организации выдана на руки.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года получил копию заявления.

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (ФИО)