

Главному врачу
ГАУЗ «Городская поликлиника № 18»
г. Казань
Р. Г. Мансуровой

от _____

(Ф. И. О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

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

к медицинской организации **ГАУЗ «Городская поликлиника № 18», г. Казань, ул. Карбышева, 12**

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 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 РФ) _____
(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. Краткая информация _____
(телефон, e – mail)
11. Страховой медицинский полис _____
12. Страховая медицинская организация: _____
13. СНИЛС _____
14. Зарегистрирован в медицинской организации _____
(прежнее прикрепленье)

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 (нужно 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 _____
(телефон, e – mail)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____ Дата «___» _____ 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.