Приложение № 1

Главному врачу
БУЗ ВО «ВГКП №1»
Белозеровой Е.В.
от
Написать свою фамилию, имя и отчество
(ФИО гражданина)

Заявление № *не заполнять* от *не заполнять*
о выборе медицинской организации

Я, *Написать свою фамилию, имя и отчество, дату и год рождения* «_ _»____ _____ __г.
(ФИО гражданина) (дата рождения)
подтверждаю выбор БУЗ ВО «ВГКП №1», а также лечащего врача: *не заполнять*
(ФИО врача)
- врача-терапевта участкового / врача общей практики / врача-педиатра участкового (нужное подчеркнуть).

Адрес проживания написать *адрес проживания в г. Воронеже*
(по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания, без регистрации – нужное подчеркнуть)

Адрес постоянной регистрации *написать адрес регистрации места жительства по паспорту*
(по паспорту)

Причина прикрепления: выбор учреждения 1 раз в год / фактическое проживание / сотрудник. *(не подчеркивать)*
(нужное подчеркнуть)

Находится на обслуживании в медицинской организации *написать лечебное учреждение, в котором вы обслуживались до настоящего времени*
(название МО на момент подачи заявления)
Документ, удостоверяющий личность:*паспорт* серия *4-х значный* *номер* номер *6-значный номер*
Выдан *написать название организации, выдавшей паспорт* «*Дата выдачи паспорта*», *месяц выдачи 2017г.*

Полис ОМС: серия *11-значный номер только для бумажного варианта* номер *написать 16-ти значный номер* дата выдачи полиса *написать дату выдачи*
название страховой организации *написать точное название страховой компании, выдавшей полис*

Контактный телефон: *написать номер своего мобильного телефона*

Добровольная дополнительная информация:
- имею / не имею (нужное подчеркнуть) инвалидность *написать группу I,II,III, детства* группы;
- имею / не имею (нужное подчеркнуть) федеральные / региональные льготы; *(нужное подчеркнуть)*
- состою / не состою на учете у врача-специалиста (нужное подчеркнуть): кардиолога, невролога, онколога, эндокринолога, гематолога, уролога. *(нужное подчеркнуть, если вы состояли на учете в лечебном учреждении)*

Я ознакомлен(а) с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики и сведениями о территориях обслуживания указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Личная подпись: *Поставить свою подпись* Дата: «*написать число*» *написать месяц* 20*17* г.

Подпись руководителя структурного подразделения или зам. гл. врача *не заполнять*/ *не заполнять* /
(расшифровка)
Лечащий врач: «согласен» / «не согласен» подпись *не заполнять* / *не заполнять* /
(расшифровка)

Решение главного врача:

Зарегистрировать с «*не заполнять*» *не заполнять* 2017 г. *не заполнять* /Белозерова Е.В./
(подпись)

Отказать в регистрации в связи с _*не заполнять*
_*не заполнять* /Белозерова Е.В./

(подпись)

ФИО сотрудника, принявшего заявление_ *не заполнять*

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки «*не заполнять*» *не заполнять* 2017г.

Копию заявления получил *не заполнять* /_ *не заполнять* /

(подпись) (ФИО)

Данное прикрепление действительно в течение 2017 года и далее продлевается до момента выбора гражданином другой мед.организации. Выбор мед.организации осуществляется не чаще, чем один раз в календарный год.