

Приложение 2  
к Регламенту прикрепления и учета граждан,  
застрахованных по ОМС, к медицинским  
организациям государственной системы  
здравоохранения города Москвы, оказывающим  
первичную медико-санитарную помощь и  
включенным в реестр медицинских организаций,  
осуществляющих деятельность в сфере ОМС  
города Москвы, с использованием ЕМИАС,  
утвержденному приказом Департамента  
здравоохранения города Москвы и Московского  
городского фонда обязательного медицинского  
страхования  
от 27.04 2015 № 335/142

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организации**

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

прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской / женский (нужное подчеркнуть),  
представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_  
(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;

в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)  
для оказания первичной медико-санитарной помощи к \_\_\_\_\_

Полис обязательного медицинского страхования (полное наименование медицинской организации)  
№ \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ (временное страховое свидетельство)  
организацией \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года.

Место регистрации: \_\_\_\_\_, дата регистрации: \_\_\_\_\_

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_  
(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от  
адреса места регистрации)

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

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).  
Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося  
гражданина: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация \_\_\_\_\_  
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.

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года. Участок № \_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя МО)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

(подпись)

(Ф.И.О.)