|  |
| --- |
| Главному врачу КГБУЗ ДГП 17ХабаровскаЕршовой Н.М. |

ЗАЯВЛЕНИЕ №
(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

1. **Информация о гражданине**
1.1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(указывается в точном соответствии с записью в документе,
удостоверяющем личность)
1.2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(указывается в точном соответствии с записью в документе,
удостоверяющем личность)
1.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_**\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(указывается в точном соответствии с записью в
документе, удостоверяющем личность)
1.4. Пол: муж. жен.
1.5. Дата рождения: "\_\_\_" \_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_** г.

1.6. Место рождения:
1.7. Гражданство: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1.8. Полис ОМС: N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1.9. Страховая медицинская организация: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1.11. **ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ**: вид документа:
серия: номер  дата выдачи**:**

кем выдан \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:
город (село, деревня, ...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
область (край, республика): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
адрес (улица, дом, корпус, квартира): **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
1.13. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:
город (село, деревня, ...): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
район: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
область (край, республика): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
адрес (улица, дом, корпус, квартира):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
1.13. ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
1.14. Контактный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Адрес электронной почты:
**Что посещает(номер или название д\сада\школы\учебного заведения): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**II. Сведения о представителе**
2.1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(указывается в точном соответствии с записью в документе,
удостоверяющем личность)
2.2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(указывается в точном соответствии с записью в документе,
удостоверяющем личность)
2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**
(указывается в точном соответствии с записью в
документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к застрахованному лицу, мать отец иное (нужное отметить знаком "V")
сведения о котором указаны в заявлении: **дата рождения:**
2.5. Вид документа, удостоверяющего личность
2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного
представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2.6. Серия \_**\_\_\_\_** 2.7. Номер **\_\_\_\_\_**
2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(число, месяц, год)
2.9. Контактный телефон:
Адрес электронной почты:

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь)
к медицинской организации \_\_\_\_\_\_**ДГП № 17**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование МО)
для получения в рамках территориальной программы ОМС
амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, порядок, условия и критерии
доступности которой определены программой государственных гарантий оказания
гражданам Российской Федерации на территории г. **ХАБАРОВСКА**
бесплатной медицинской помощи на текущий год.
Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой
гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплен(а) от медицинской
организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
(наименование МО)
в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.
(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную
медико-санитарную помощь, и сведениями о территориях обслуживания
(врачебных участках) при оказании медицинской помощи на дому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(подпись заявителя)

Подпись руководителя
медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.М. Ершова
(Ф.И.О.)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г. обязательно к заполнению
(дата)