

В \_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

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

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_  
о выборе (замене) медицинской организации  
для получения первично медико-санитарной помощи**

Прошу зарегистрировать меня / гражданина, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в качестве лица, получающего первичную медико-санитарную помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинской организации

\_\_\_\_\_ наименование медицинской организации  
в связи с (нужное отметить знаком "V"):

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором медицинской организации;   |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой медицинской организации в связи со сменой места жительства.                                  |

**I. 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.  (нужное отметить знаком "V")

1.5. Дата рождения: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

1.6. Место рождения: \_\_\_\_\_

1.7. Гражданство \_\_\_\_\_

1.8. Полис ОМС: № \_\_\_\_\_

1.9 Страховая медицинская организация: \_\_\_\_\_

1.10 Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) \_\_\_\_\_

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: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ сотовый \_\_\_\_\_

## 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, сведения о котором указаны в заявлении: мать  отец  иное   
(нужное отметить знаком "V")

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 \_\_\_\_\_

2.9. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_ сотовый \_\_\_\_\_

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации

\_\_\_\_\_ наименование медицинской организации  
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 Республики Тыва 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 медицинской организации)

\_\_\_\_\_ (адрес медицинской организации)

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 \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. М.П.  
(дата)