|  |  |
| --- | --- |
|  | *Вакулова Т.М.* |
|  | *(ФИО, должность руководителя мед. организации)* |
|  | *ГАУЗ КО «КГДКБ № 7» Поликлиника № 1* |
|  | *(наименование медицинской организации)* |
|  | *г. Кемерово, ул. Тухачевского, д. 4* |
|  | *(адрес медицинской организации)* |
|  | От |
|  | *(ФИО заявителя)* |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы**

**государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

|  |
| --- |
| Я, |
| *(ФИО заявителя)* |

в соответствии с п.4 «Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», (далее – Порядок), утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 N 406н, заявляю о выборе медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

|  |
| --- |
| *ГАУЗ КО «КГДКБ № 7» Поликлиника №1 г. Кемерово ул. Тухачевского, д. 4* |
| *(наименование и фактический адрес медицинской организации)* |

1. Информация о заявителе:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(указываются в точном соответствии с документом, удостоверяющем личность заявителя)* | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.2. Пол | |  | | | |
| 1.3. Дата рождения | | |  | | | | | | |
| 1.4. Место рождения | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 1.5. Гражданство | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 1.6. Данные документа, удостоверяющего личность | | | | | | | |  | | | |  | | |  |  |
| *(наименование документа)* | | | | *(серия)* | | | *(номер)* | *(дата выдачи)* |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *(кем выдан)* | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.7. Место жительства | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | |
| 1.8. Место регистрации | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
| 1.9. Дата регистрации | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 1.10. Контактная информация заявителя | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| телефон | |  | | | | | адрес электронной почты | | | |  | | | | | |

1. Информация о представителе (законном представителе) заявителя:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| (указываются в точном соответствии с документом, удостоверяющем личность заявителя) | | | | | | | | | | | | |
| 2.2. Отношение к гражданину | |  | | | | | | | | | |
| 2.3. Данные документа, удостоверяющего личность | | | |  | | | |  |  | |  |
| (Наименование документа) | | | | (серия) | (номер) | | (дата выдачи) |
|  | | | | | | | | | | | |
| *(кем выдан)* | | | | | | | | | | | |
| 2.4. Контактная информация заявителя | | |  | | | | | | | | |
| телефон |  | | адрес электронной почты | | | |  | | | | |
| 1. Сведения о полисе обязательного медицинского страхования: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (номер полиса обязательного медицинского страхования) | | | | | | | | | | | |
| 1. Страховая медицинская организация, выбранная гражданином: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (полное наименование страховой медицинской организации) | | | | | | | | | | | |
| 1. Медицинская организация, в которой гражданин находился на обслуживании в момент подачи заявления: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (наименование и фактический адрес медицинской организации) | | | | | | | | | | | |
| Достоверность и полноту указанных сведений в заявлении подтверждаю: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| (подпись гражданина (его представителя), расшифровка подписи) | | | | | | | | | | | |

Я ознакомлен с перечнем участковых врачей и количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников в медицинской организации, сведениями о территориях обслуживания.

|  |
| --- |
|  |
| *(подпись заявителя или его представителя)* |

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.