

от \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации  
(заполняется лично заявителем или его законным представителем)**

Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к областному бюджетному учреждению здравоохранения «Курская городская детская поликлиника» (ОБУЗ «КГДП»), расположенному по адресу: 305048, г. Курск, пр-т Энтузиастов, 18, 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 Курской области бесплатной медицинской помощи.

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

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления: \_\_\_\_\_

**I Информация о гражданине**

1.1 Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2 Пол (нужное подчеркнуть): муж /жен 1.3 Дата рождения: «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

1.4 Место рождения \_\_\_\_\_ 1.5 Гражданство \_\_\_\_\_

1.6 Полис ОМС: №\_\_\_\_\_ 1.7 Страх. комп.\_\_\_\_\_

1.8 СНИЛС \_\_\_\_\_ (при наличии)

1.9 Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_ (паспорт, св-во о рождении) серия: \_\_\_\_\_  
номер \_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_ кем  
выдан \_\_\_\_\_

**Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающий в Российской Федерации)** \_\_\_\_\_

1.10 Адрес постоянной регистрации город (село, деревня): \_\_\_\_\_ район:  
область (край, республика): \_\_\_\_\_ улица,  
\_\_\_\_\_ дом, \_\_\_\_\_ корпус, \_\_\_\_\_  
квартира \_\_\_\_\_

1.11 Адрес фактического проживания для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника (заполняется при несовпадении адреса регистрации и места жительства):  
город (село, деревня): \_\_\_\_\_ район: \_\_\_\_\_ область  
(край, республика): \_\_\_\_\_ улица, \_\_\_\_\_  
дом, \_\_\_\_\_ корпус, \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

1.12 Дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

1.13 Контактный телефон: код: \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**II Сведения о представителе\***

(\*для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан - опекунами)

2.1 Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3 Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении (нужное подчеркнуть) мать, отец, иное

2.4 Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_  
2.5 Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя:  
серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Дополнительно сообщаю:

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, инвалидности по заболеванию и пр.)

### **III Дополнительные сведения**

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 (законного представителя) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
«\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.

Подпись врача, принявшего на медицинский учёт заявителя \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
«\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.

Причина отказа в принятии на медицинское обслуживание заявителя \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись руководителя медицинской организации \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)  
«\_\_\_\_» 20 \_\_\_\_ г.

Для скачивания бланка «Заявление о выборе медицинской организации» Вы можете воспользоваться одним из QR-кодов

