|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ТЕЛЕФОН:** |  |  | Руководителю медицинской организации |
| ЭЛ. ПОЧТА |  |  |  |
| СНИЛС |  |  | От гр. |
|  |  |  |  |
|  |  |  | (Ф.И.О. полностью) |

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

|  |  |
| --- | --- |
| Я, |  |
|  | (фамилия, имя, отчество) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата рождения |  | , место рождения |  |
|  | (число, месяц, год) |  |  |
| гражданство |  | , пол мужской/женский (нужное подчеркнуть), | |

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

|  |
| --- |
|  |
| (полное наименование медицинской организации) |

|  |  |
| --- | --- |
| Полис обязательного медицинского страхования | (временное свидетельство) |
| № | , выдан страховой медицинской организацией |
|  |  |
|  |  |

В случае наличия временного свидетельства, даю согласие на регистрацию настоящего заявления в Региональном сегменте единого регистра застрахованных лиц города Москвы, с момента установления страховой принадлежности застрахованного лица.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактные телефоны, реквизиты паспорта (документа удостоверения личности), реквизиты полиса ОМС, СНИЛС, данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью, антропометрические и биометрические данные и данные о состоянии рожденного мною ребенка - в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну. В процессе оказания медицинской организацией мне медицинской помощи я предоставляю право медицинским работникам передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам медицинской организации в интересах моего обследования и лечения.

Предоставляю медицинской организации право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, ввод, систематизацию, накопление, хранение (в электронном виде и бумажном носителе), уточнение, обновление, передачу, изменение, модификацию, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Медицинская организация вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими порядок ведения и состав данных в учетно-отчетной медицинской документации.

Медицинская организация имеет право во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС на обмен (прием и передачу) моими персональными данными со страховыми медицинскими организациями, территориальным фондом ОМС^ с использованием машинных носителей информации, по каналам связи и(или) в виде бумажных документов, с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, без специального уведомления меня об этом, при условии, что их прием и обработка осуществляется лицом, обязанным сохранять профессиональную (служебную) тайну, при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего письменного согласия.

Я разрешаю предоставлять, передавать мои персональные данные, содержащие сведения, составляющие врачебную тайну следующим лицам:

|  |
| --- |
|  |
|  |

Настоящее согласие дано мной с даты его подписания и действует бессрочно.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| " |  | " |  | 20 |  | года |  | |  | ( |  | ) |
|  |  |  |  |  |  |  | (подпись) | |  |  | (Ф.И.О.) |  |
| " |  | " |  | 20 |  | года |  | Дата и время регистрации заявления | | | | |

**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.) |  |