**Директору МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова**

 **член – корреспонденту РАН**

 **Камалову Армаису Альбертовичу**

 от гр.\_\_\_\_ *Иванов Иван Иванович* \_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  (Ф.И.О. полностью  | ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_\_\_\_

о выборе медицинской организации

 Я,\_\_\_\_\_\_\_\_*Иванов Иван Иванович*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_*16*/\_\_*02*\_\_/\_*1966*\_, место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (число, месяц, год)

гражданство \_\_\_*РФ*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, пол - мужской / женский (нужное подчеркнуть),

 **прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к поликлинике**

 **Медицинского научно-образовательного центра ФГБОУ ВО «Московский государственный**

**университет имени М.В.Ломоносова»**

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ \_\_\_\_\_*770000 45674387*\_\_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Макс-М*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ "*24*" *мая*\_\_20\_*11* года.

Место регистрации: \_\_*121608 Москва, Весенняя ул., 18-3-444*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

дата регистрации: \_\_*11*\_\_/\_\_*02*\_\_\_/\_\_*2009*\_.

Место жительства (пребывания): \_*то же*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прикреплен к медицинской организации \_*к ГП№202*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия \_\_*4511*\_\_ N *4567897*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан "*21*\_" \_\_\_*июня*\_ 20\_*11*\_ года *отд УФМС России по г.Москве по р-ну Крылатское*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация (тел)\_\_*+7988765543*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

"\_\_\_" \_\_\_\_ 20\_*\_\_*\_ года (Дату не заполнять) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_ *Иванов И. И.* \_\_\_)

 (подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_ года.

 **Решение директора МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова**:

Прикрепить с "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Врач\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(А.А.Камалов)

 (подпись) (Ф.И.О. директора МНОЦ МГУ)

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением директора МНОЦ МГУ выдана на руки

 "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(подпись) (Ф.И.О.)

*Линия отрыва*

**Заявление принял \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) «\_\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2016**

 Подпись и ФИО

 сотрудника поликлиники, принявшего заявление