

От гр. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)  
контактный телефон \_\_\_\_\_

**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  
**ГБУЗ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 45 ДЗМ» Филиал № \_\_\_\_\_**  
(полное наименование медицинской организации)

СНИЛС \_\_\_\_\_,

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_,  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года.

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

Место регистрации: \_\_\_\_\_

дата регистрации: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ года

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, заболевания, 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.)

Дата и время регистрации заявления: « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ года \_\_\_\_\_

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Звездующий филиала № \_\_\_\_\_  
(подпись)

М.П

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)