

От гр. _____
(Ф.И.О. полностью)

конт. телефон _____

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, место рождения: _____
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол _ мужской/женский (нужное подчеркнуть), представителем которого
являюсь: _____
(попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)

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 у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, 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: « ____ » _____ 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 персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и 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.)

Дата и время регистрации заявления « ____ » _____ 20 ____ года _____

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ г. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

М.П. (подпись) Заведующий филиалом № _____

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

« ____ » _____ 20 ____ г. Получил копию заявления _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)