|  |  |
| --- | --- |
|  | *Вакулова Т.М.* |
|  | *(ФИО, должность руководителя мед. организации)* |
|  | *ГАУЗ КО «КГДКБ № 7» Поликлиника № 1* |
|  | *(наименование медицинской организации)* |
|  | *г. Кемерово, ул. Тухачевского, д. 4* |
|  | *(адрес медицинской организации)* |
|  | От  |
|  | *(ФИО заявителя)* |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы**

**государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи**

|  |
| --- |
| Я,  |
| *(ФИО заявителя)* |

в соответствии с п.4 «Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», (далее – Порядок), утвержденного Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 N 406н, заявляю о выборе медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи:

|  |
| --- |
| *ГАУЗ КО «КГДКБ № 7» Поликлиника №1 г. Кемерово ул. Тухачевского, д. 4* |
| *(наименование и фактический адрес медицинской организации)* |

1. Информация о заявителе:

|  |  |
| --- | --- |
| 1.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
|  |
| *(указываются в точном соответствии с документом, удостоверяющем личность заявителя)* |
| 1.2. Пол |  |
| 1.3. Дата рождения |  |
| 1.4. Место рождения |  |
| 1.5. Гражданство |  |
| 1.6. Данные документа, удостоверяющего личность |  |  |  |  |
| *(наименование документа)* | *(серия)* | *(номер)* | *(дата выдачи)* |
|  |
| *(кем выдан)* |
| 1.7. Место жительства |  |
|  |  |
| 1.8. Место регистрации |  |
|  |  |
| 1.9. Дата регистрации |  |
| 1.10. Контактная информация заявителя |  |
| телефон |  | адрес электронной почты |  |

1. Информация о представителе (законном представителе) заявителя:

|  |  |
| --- | --- |
| 2.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) |  |
|  |  |
| (указываются в точном соответствии с документом, удостоверяющем личность заявителя) |
| 2.2. Отношение к гражданину |  |
| 2.3. Данные документа, удостоверяющего личность |  |  |  |  |
| (Наименование документа) | (серия) | (номер) | (дата выдачи) |
|  |
| *(кем выдан)* |
| 2.4. Контактная информация заявителя |  |
| телефон |  | адрес электронной почты |  |
| 1. Сведения о полисе обязательного медицинского страхования:
 |
|  |
| (номер полиса обязательного медицинского страхования) |
| 1. Страховая медицинская организация, выбранная гражданином:
 |
|  |
| (полное наименование страховой медицинской организации) |
| 1. Медицинская организация, в которой гражданин находился на обслуживании в момент подачи заявления:
 |
|  |
| (наименование и фактический адрес медицинской организации) |
| Достоверность и полноту указанных сведений в заявлении подтверждаю: |
|  |
| (подпись гражданина (его представителя), расшифровка подписи) |

Я ознакомлен с перечнем участковых врачей и количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников в медицинской организации, сведениями о территориях обслуживания.

|  |
| --- |
|   |
| *(подпись заявителя или его представителя)* |

Дата «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.