

Вакулова Т.М.

(ФИО, должность руководителя мед. организации)

ГАОУЗ КО «КГДКБ № 7» Поликлиника № 1

(наименование медицинской организации)

г. Кемерово, ул. Тухачевского, д. 4

(адрес медицинской организации)

От **ФИО РЕБЁНКА**

(ФИО заявителя)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Я, **ФИО РЕБЁНКА**

(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:

ГАОУЗ 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) **ФИО РЕБЁНКА**

(указываются в точном соответствии с документом, удостоверяющем личность заявителя)

1.2. Пол _____

1.3. Дата рождения **Заполняем полностью данные ребёнка**

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 **Кемеровская обл., Кемерово,**

Терешковой, 37

1.8. Место регистрации _____

1.9. Дата регистрации **Адрес по прописке, как в паспорте**

1.10. Контактная информация заявителя _____

телефон _____

адрес электронной почты _____

2. Информация о представителе (законном представителе) заявителя:

2.1. Фамилия, имя, отчество (при наличии) **ФИО РОДИТЕЛЯ (законного представителя)**

(указываются в точном соответствии с документом, удостоверяющем личность заявителя)

2.2. Отношение к гражданину **мать/отец/опекун**

2.3. Данные документа, удостоверяющего личность _____

(Наименование документа)

(серия)

(номер)

(дата выдачи)

Заполняем полностью данные родителя (законного представителя)

(кем выдан)

2.4. Контактная информация заявителя _____

телефон _____

адрес электронной почты _____

3. Сведения о полисе обязательного медицинского страхования: **Полис ребёнка**

(номер полиса обязательного медицинского страхования)

4. Страховая медицинская организация, выбранная гражданином: **ООО «АльфаСтрахование-ОМС»**

филиал «Сибирь»

(полное наименование страховой медицинской организации)

5. 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.