

Главному врачу  
ГБУЗ «ДГП № 12 ДЗМ»  
Пронько Н.А.

от гр.  
(Ф.И.О. полностью)

## ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество)  
дата рождения \_\_\_\_\_, место рождения \_\_\_\_\_, гражданство \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)  
пол мужской/женский (нужное подчеркнуть), прошу прикрепить меня для оказания  
первичной медико-санитарной помощи к **ГБУЗ «Детской городской поликлинике № 12 ДЗМ»**  
Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)  
№ \_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

В случае наличия 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: \_\_\_\_\_,

Место жительства (пребывания): \_\_\_\_\_,

(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника. оказывается 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, 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.

Представляю 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) (ФИО)

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

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок №\_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_  
Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_

---

\_\_\_\_\_  
(подпись) ( Н.А.Пронько )  
\_\_\_\_\_  
(ФИО руководителя МО)  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.  
М.П.

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

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.  
Получил копию  
заявления \_\_\_\_\_ ( )  
(подпись) (ФИО)

