



**СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ  
ПОЛИКЛИНИКА № 51**  
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

Главному врачу  
ГАУЗ "Стоматологическая  
поликлиника № 51 ДЗМ"  
Басовой А. А.

От гр. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения \_\_\_\_\_, пол \_\_\_\_\_,

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к  
Государственному автономному учреждению здравоохранения "Стоматологическая  
поликлиника № 51 Департамента здравоохранения города Москвы"  
Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N \_\_\_\_\_  
выдан страховой медицинской организацией

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ года.  
Домашний адрес: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ по постоянной регистрации, по временной регистрации,  
\_\_\_\_\_ по месту фактического проживания без регистрации

Место регистрации: \_\_\_\_\_  
дата регистрации \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_  
(наименование)

\_\_\_\_\_ Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть,  
если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_):  
серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_ год

\_\_\_\_\_ (наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения  
первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих  
персональных данных при их обработке в соответствии с действующим  
законодательством Российской Федерации

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по  
участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

\_\_\_\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_:\_\_\_\_

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:**

Прикрепить с "01" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Участок N \_\_\_\_ Врач - \_\_\_\_\_  
Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО главного врача)

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на  
руки

"\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
(подпись) (ФИО)