

Директору МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова
член – корреспонденту РАН
Камалову Армаису Альбертовичу
от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения ____ / ____ / ____, место рождения _____,
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол - мужской / женский (нужное подчеркнуть),

**прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к поликлинике
Медицинского научно-образовательного центра ФГБОУ ВО «Московский государственный
университет имени М.В.Ломоносова»**

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)

№ _____, выдан страховой медицинской организацией
"__" ____ 20__ года.

Место регистрации: _____,

дата регистрации: ____ / ____ / ____.

Место жительства (пребывания): _____.

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 "___" _____ 20__ года _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Контактная информация (тел) _____.

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.

"__" ____ 20__ года _____ (_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" ____ 20__ года.

Решение директора МНОЦ МГУ имени М.В.Ломоносова:

Прикрепить с "___" ____ 201__ года. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись) (Ф.И.О. директора МНОЦ МГУ)

"__" ____ 20__ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением директора МНОЦ МГУ выдана на руки

"___" ____ 20__ года.

Получил копию заявления _____ (_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Линия отрыва

Заявление принял _____ (_____)

« _____ » _____ **2016**

(подпись и ФИО)

**Информированное согласие
с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи при
выборе медицинской организации**

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина)

дата рождения « _____ » _____ 19 _____ года,

подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я получил(а) информацию в доступной для меня форме о том, что

- после подачи заявления о прикреплении к поликлинике МНОЦ МГУ я смогу получать **плановую** амбулаторную медицинскую помощь **только в этой поликлинике;**
- я смогу получить **неотложную медицинскую помощь на дому**, вызвав врача из поликлиники по месту жительства (или фактического пребывания);
- в случае отсутствия необходимых ресурсов (*врачей специалистов, подразделений, лечебного или диагностического оборудования*) в поликлинике МНОЦ МГУ, я буду направлен в другую медицинскую организацию, оказывающую данный вид помощи по программе ОМС (бесплатно).

Дополнительные вопросы можно задать на сайте МНОЦ МГУ – info@mc.msu.ru

(подпись)

(Ф.И.О. Гражданина)

« _____ » _____ 2016 г.
(дата подписания)

Если гражданин, прикрепляющийся к поликлинике МНОЦ МГУ, является сотрудником МГУ, просим **указать подразделение (факультет) МГУ, где он работает, рабочий телефон и электронную почту:**

