

Директору федерального государственного
бюджетного учреждения «Детский медицинский центр»
Управления делами Президент Российской Федерации
Шурыгиной С.В.
от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
прошу прикрепить гражданина _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)
гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
законным представителем которого я являюсь: _____
попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право представителя

для оказания первичной медико-санитарной помощи к ***федеральному государственному бюджетному
учреждению «Детский медицинский центр» Управления делами Президента Российской Федерации
(поликлиническое подразделение (ул. Цандера))***.
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) № _____
выдан страховой медицинской организацией _____

В случае наличия у застрахованного лица, представителем которого я являюсь, 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, указывается 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 персональных данных застрахованного лица, представителем которого я являюсь, и 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.

Предоставляю 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 _____ (_____ (Ф.И.О.))
(подпись)

Дата и время регистрации заявления: « ____ » _____ 20 ____ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:
Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ года. Участок № _____ Врач _____.
Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись) _____ (Ф.И.О. 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) (Ф.И.О.)