

Руководителю медицинской организации

от гр. \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
о выборе медицинской организации**

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

Прошу прикрепить гражданина \_\_\_\_\_  
дата рождения \_\_\_\_\_ место рождения \_\_\_\_\_,  
(число, месяц, год)

гражданство \_\_\_\_\_, пол мужской/женский  
(нужное подчеркнуть),

представителем, которого я являюсь: \_\_\_\_\_

(попечительство и т.д., а также вид, номер, дата и место выдачи документа, подтверждающего право представителя)  
для оказания первичной медико-санитарной помощи к ГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника  
№ 43 Департамента здравоохранения города Москвы»  
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования № \_\_\_\_\_, выдан страховой медицинской  
организацией \_\_\_\_\_

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 (указать): \_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан «\_\_» \_\_\_\_\_ г.

(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 (иного 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.  
«\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

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

**РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:**

Прикрепить с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года. Участок № \_\_\_\_\_ Врач \_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

М.П. \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. руководителя МО)  
«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Копию заявления получил \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)