

Университетская клиника МГУ
имени М.В. Ломоносова (УК МНОИ МГУ)
г. Москва, Ломоносовский проспект д.27 к.10
Заместителю директора по клинической
работе-директору Университетской клиники
МНОИ МГУ академику РАН А.А. Камалову

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации гражданином
(при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
дата рождения ____ / ____ / ____, место рождения _____, гражданство _____
(число, месяц, год)
пол : мужской / женский (нужное подчеркнуть), СНИЛС _____
Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ N _____
выдан " ____ " _____ 20__ года _____

(наименование органа, выдавшего документ)
Номер полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) _____
Адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника

Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))

Информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе)
Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность _____

Реквизиты документа, подтверждающие статус и полномочия представителя

Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии))

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь,
которую выбрал гражданин: поликлиника УК МНОИ МГУ, г. Москва, Ленинские горы, д.1 стр 53

Фамилия, имя, отчество (при наличии) выбранного врача (при наличии) _____

Я ознакомлен с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики ,
фельдшеров, врачей специалистов. А также, с количеством граждан выбравших указанных медицинских
работников и сведениями о территориях обслуживания указанных медицинских работников при оказании
ими медицинской помощи на дому.

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

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

**Решение заместителя директора по клинической работе - директора Университетской клиники
МНОИ МГУ:**

Прикрепить с " ____ " _____ 20__ года. Участок № _____ Врач _____
Отказать в прикреплении в связи с _____

Заместитель директора по клинической работе–
директор Университетской клиники МНОИ МГУ _____ (А.А.Камалов)
(подпись)

" ____ " _____ 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.)

Заявление принял _____ (_____) «____» _____ 20____
(подпись и ФИО сотрудника поликлиники, принявшего заявление)