

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова
Медицинский научно-образовательный институт
Университетская клиника МГУ**

**СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА С УСЛОВИЯМИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**
(при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество гражданина)

дата рождения «__» ____ года, подтверждаю, что при подаче заявления о выборе медицинской организации я ознакомлен(а) сотрудником УК МНОИ МГУ с перечнем врачей-терапевтов, врачей-педиатров и врачей общей практики, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания указанных медицинских работников при оказании медицинской помощи на дому; я получил(а) информацию в доступной для меня форме о том, что

- после подачи заявления о прикреплении к поликлинике УК МНОИ МГУ я смогу получать **плановую** амбулаторную медицинскую помощь **только в этой поликлинике** и смогу выбрать другую поликлинику не чаще, чем один раз в год (за *исключением случаев изменения места жительства или места пребывания гражданина*).
- 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 УК МНОИ МГУ я буду направлен в другую медицинскую организацию, оказывающую данный вид помощи по программе ОМС (бесплатно).

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

_____ (подпись)

_____ (Ф.И.О. Гражданина или законного представителя)

«__» 20__ г.

(дата подписания)

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

Присвоен номер амбулаторной карты на бумажном носителе _____