

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

**СОГЛАСИЕ ГРАЖДАНИНА С УСЛОВИМИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЕРВИЧНОЙ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ «СТОМАТОЛОГИЯ» 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-  
стоматологов, а также, с количеством граждан выбравших указанных медицинских работников; 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  
первичную специализированную стоматологическую 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).
- 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](mailto: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 \_\_\_\_\_