

**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@mcs.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 _____