

Университетская клиника МНОИ 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, оказывающей первичную специализированную  
медико-санитарную помощь по профилю «стоматология»**

(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-стоматологов. А также, с количеством граждан выбравших указанных  
медицинских работников.

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 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 МНОИ МГУ выдана на руки

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ года.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)