

Приложение  
к типовой форме административного  
регламента предоставления  
государственной услуги «Выбор  
гражданином медицинской организации  
при оказании ему медицинской  
помощи в рамках программы  
государственных гарантий бесплатного  
оказания гражданам медицинской помощи»

Форма заявления 1

Главному врачу (руководителю)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
(адрес медицинской организации)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ  
О ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Я, \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол - М/Ж)

подтверждаю выбор \_\_\_\_\_,  
(полное наименование медицинской организации)

а также участкового врача \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача-педиатра  
участкового, врача общей практики - нужное подчеркнуть)

Полис ОМС: \_\_\_\_\_  
(1 - полис старого образца, 2 - временное свидетельство,  
3 - полис единого образца - нужное подчеркнуть)

выдан страховой медицинской организацией

\_\_\_\_\_  
(название страховой медицинской организации)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.  
(дата выдачи полиса)

Гражданство \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

(адрес проживания по постоянной регистрации,  
по временной регистрации, по месту фактического проживания  
без регистрации - нужное подчеркнуть)

Место и дата регистрации (если имеется) \_\_\_\_\_

Находится на обслуживании в медицинской организации  
\_\_\_\_\_  
(название медицинской организации)

расположенной по адресу \_\_\_\_\_  
(адрес медицинской организации)

Не находится на обслуживании в медицинской организации (подчеркнуть, если  
не находится на обслуживании в медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_:  
серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(название органа, выдавшего документ)

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Личная подпись \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_ г.

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Зарегистрировать с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Отказать в регистрации в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. главного врача)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на  
руки « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_

(подпись)

(Ф.И.О.)

Форма заявления 2

Главному врачу (руководителю)

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

от

(Ф.И.О. полностью)

### ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Я, \_\_\_\_\_, прошу зарегистрировать  
(фамилия, имя, отчество)

гражданина \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол - М/Ж)

законным представителем которого я являюсь: \_\_\_\_\_

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;  
в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи  
документа, подтверждающего право законного представителя)

В \_\_\_\_\_,  
(полное наименование медицинской организации)

участковый врач \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача-педиатра  
участкового, врача общей практики -нужное подчеркнуть)

Полис ОМС: № \_\_\_\_\_  
(1 - полис старого образца, 2 - временное свидетельство,  
3 - полис единого образца - нужное подчеркнуть)

выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
(название страховой медицинской организации)

" \_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ г.  
(дата выдачи полиса)

Гражданство \_\_\_\_\_  
 Место рождения \_\_\_\_\_  
 Место жительства \_\_\_\_\_

(адрес проживания по постоянной регистрации,  
 по временной регистрации, по месту фактического проживания  
 без регистрации - нужное подчеркнуть)

Место и дата регистрации (если имеется) \_\_\_\_\_  
 Находится на обслуживании в медицинской организации  
 \_\_\_\_\_,  
 (название медицинской организации)

расположенной по адресу \_\_\_\_\_  
 (адрес медицинской организации)

Не находится на обслуживании в медицинской организации (подчеркнуть, если  
 не находится на обслуживании в медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_:  
 серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан  
 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
 (название органа, выдавшего документ)

Личная подпись представителя \_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Контактный телефон представителя \_\_\_\_\_

#### РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Зарегистрировать с «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Отказать в регистрации в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О. главного врача)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на  
 руки

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_  
 (подпись) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)