

### Заявление о выборе медицинской организации

1) ГБУЗ «Сыктывкарская детская поликлиника №2». 167023 Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, 59.

2) главный врач Захарова С.А.;

3) информация о гражданине (ребенке до 18 лет):

фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

пол \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

место рождения \_\_\_\_\_ гражданство: Российская Федерация

данные документа (предъявляется оригинал):

• для детей после государственной регистрации рождения и до **четырнадцати лет**, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

полис обязательного медицинского страхования ребенка \_\_\_\_\_

• для граждан Российской Федерации в возрасте **четырнадцати лет и старше**:

паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности, выдаваемое на период оформления паспорта: \_\_\_\_\_

полис обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

### Заявление о выборе медицинской организации

1) ГБУЗ «Сыктывкарская детская поликлиника №2». 167023 Республика Коми, г. Сыктывкар, ул. Коммунистическая, 59.

2) главный врач Захарова С.А.;

3) информация о гражданине (ребенке до 18 лет):

фамилия, имя, отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

пол \_\_\_\_\_ дата рождения \_\_\_\_\_

место рождения \_\_\_\_\_ гражданство: Российская Федерация

данные документа (предъявляется оригинал):

• для детей после государственной регистрации рождения и до **четырнадцати лет**, являющихся гражданами Российской Федерации:

свидетельство о рождении \_\_\_\_\_

документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

полис обязательного медицинского страхования ребенка \_\_\_\_\_

• для граждан Российской Федерации в возрасте **четырнадцати лет и старше**:

паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности, выдаваемое на период оформления паспорта: \_\_\_\_\_

полис обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

• место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_

• место регистрации \_\_\_\_\_

• дата регистрации \_\_\_\_\_ СНИЛС (при наличии) \_\_\_\_\_

4) информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):  
фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

отношение к гражданину (отец, мать, др.) \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Я, ознакомлен с перечнем врачей-педиатров участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Я ознакомлен, что в соответствии с п.2 Постановления Правительства РК № 289 от 12.08.2013г. в редакции Постановления Правительства № 468 от 05.12.2013г., первичная медико-санитарная помощь вне медицинской организации, будет оказываться медицинским работником моему ребенку с учётом территориально-участкового принципа.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

Главный врач \_\_\_\_\_ С.А.Захарова

(Подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)

• место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) \_\_\_\_\_

• место регистрации \_\_\_\_\_

• дата регистрации \_\_\_\_\_ СНИЛС (при наличии): \_\_\_\_\_

4) информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):  
фамилия, имя, отчество (при наличии): \_\_\_\_\_

отношение к гражданину (отец, мать, др.) \_\_\_\_\_

данные документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Я, ознакомлен с перечнем врачей-педиатров участковых, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Я ознакомлен, что в соответствии с п.2 Постановления Правительства РК № 289 от 12.08.2013г. в редакции Постановления Правительства № 468 от 05.12.2013г., первичная медико-санитарная помощь вне медицинской организации, будет оказываться медицинским работником моему ребенку с учётом территориально-участкового принципа.

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись заявителя)

Главный врач \_\_\_\_\_ С.А.Захарова

(Подпись)

\_\_\_\_\_ (дата)