**Приложение 2**

**к порядку предоставления услуги**

**"Прием заявлений об оказании**

**первичной медико-санитарной**

**помощи в амбулаторно-поликлинических,**

**стационарно-поликлинических и больничных**

**муниципальных учреждениях**

**подразделениях скорой медицинской**

**помощи, медицинской помощи**

**женщинам в период беременности,**

**во время и после родов, а также**

**предоставление информации**

**о такой помощи и постановка**

**на соответствующий учет"**

**Заявление застрахованного лица о выборе медицинской   
организации для получения амбулаторной медицинской помощи  
(Заполняется лично заявителем)**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| (Ф.И.О. застрахованного лица) |

Страховой медицинский полис ОМС: N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ г.

Адрес фактического места жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прошу прикрепить меня к медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторной медицинской помощи \_\_\_\_ стоматологической помощи \_\_\_\_.

Я осознаю, что буду откреплен(а) от медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Порядок и условия оказания помощи определяются территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Я отказываюсь от обеспечения амбулаторно-поликлинической помощью на дому | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (подпись) | |
| (подписывают застрахованные лица, в случаи выбора медицинской организации,  не обслуживающей население по его месту жительства) | |

Подпись застрахованного лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_г.

             (дата)

Подпись руководителя медицинской организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М.П.