

Главному врачу  
ГБУЗ МОКМЦ  
Тарбаеву Е.Ю.

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**о выборе медицинской организации для получения первичной специализированной помощи по профилю «акушерство и гинекология» в женской консультации**

Я, \_\_\_\_\_, застрахованная в  
(фамилия, имя, отчество)

(наименование страховой медицинской организации)  
полис обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_

прошу прикрепить меня к женской консультации № \_\_\_\_\_ ГБУЗ МОКМЦ участок № \_\_\_\_\_

Адрес проживания (пребывания) \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_ Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

По постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть).

В настоящее время прикреплена к медицинской организации \_\_\_\_\_

Не прикреплен (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

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

\_\_\_\_\_ (название органа, выдавшего документ)

При выборе мной женской консультации ГБУЗ МОКМЦ как медицинской организации для оказания первичной специализированной медицинской помощи я информирована о порядке, условиях и сроках предоставления медицинской помощи в рамках территориальной программы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи населению Мурманской области.

Я ознакомлена с регламентом записи на прием к врачу и сроках ожидания диагностических услуг на дату моего прикрепления в женской консультации ГБУЗ МОКМЦ. Я информирована о возможном превышении сроков ожидания плановой специализированной медицинской помощи установленных территориальной программой. Мне так же разъяснена невозможность посещения врачом акушером - гинекологом на дому при возникновении неотложного состояния в силу территориальной удаленности/транспортной недоступности. Я согласна на прикрепление к женской консультации ГБУЗ МОКМЦ для получения первичной специализированной медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» на этих условиях

Я согласна на предоставление информации о дате и времени моей записи на прием и диагностические исследования по указанному телефону и адресу электронной почты

Личная подпись \_\_\_\_\_

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_\_ г.

**Заведующая женской консультацией**

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА ГБУЗ МОКМЦ :**

Прикрепить с "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 201\_ г.

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО главного врача)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 201\_ г.