

от Петрова Ивана Петровича

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня к медицинской организации МСЧ ФГАОУ ВО КФУ
в связи с (нужное выделить знаком "V"):

- первичным выбором медицинской организации;
 выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
 выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
 прекращением деятельности медицинской организации;
 откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Ф.И.О. Петров Иван Петрович
2. Пол муж
3. Дата рождения: 04.09.1956
4. Место рождения город Казань
5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия 9215 номер 258963 выдан ОВД Вахитовского района города Казани по РТ, 04.09.2001 г.
(серия, номер, дата и место выдачи документа)
6. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации) _____
(серия, номер, дата и место выдачи документа)
7. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника):
город Казань, ул. Пушкина, 33 - 154
8. Адрес регистрации (по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации - нужное вписать) город Казань, ул. Пушкина, 33 - 154
9. Дата регистрации: 25.08.2001
10. Контактная информация: 8 927 455 88 85, petrov@yandex.ru
(телефон, e-mail)
11. Страховой медицинский полис: 4564897911321564
12. Страховая медицинская организация: АК-БАРС МЕД
13. СНИЛС 191-888-45896
(при наличии)
14. Зарегистрирован в медицинской организации городская поликлиника №24
(прежнее прикрепление)

Являюсь/является (нужное выделить знаком "V"):

- гражданином Российской Федерации;
 лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;
 иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации, гражданство _____;
 лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;
 иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации, гражданство _____;
 лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.

Сведения о представителе застрахованного лица (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица): **ЗАПОЛНЯЕТСЯ ТОЛЬКО ЗА НЕДЕЕСПОСОБНЫХ ГРАЖДАН**

1. Ф.И.О. _____
2. Отношение к гражданину: отец, мать, иное (нужное подчеркнуть)
3. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) _____
4. Документ, подтверждающий право законного представителя** _____
5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____
(серия, номер, дата и место выдачи документа)
6. Контактная информация представителя _____
(телефон, e-mail)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) Петров

"09" сентября 2016 г.

Памятка

Мне в доступной форме разъяснено, что регистрация для медицинского обслуживания в поликлинике МСЧ ФГАОУ ВО КФУ лиц, замещающих государственные должности Республики Татарстан, государственных служащих, членов их семей, в том числе после выхода лиц замещающих государственные должности Республики Татарстан и государственных служащих на пенсию за выслугу лет, проводится на основании перечня документов, определенного приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 №406н. При этом в обязательном порядке, при их наличии, дополнительно предоставляются удостоверение государственного служащего или в случае выхода на пенсию за выслугу лет - копия трудовой книжки (заверенной Департаментом по делам государственных служащих при Президенте Республики Татарстан).

Мне также разъяснено, что в случае прекращения служебного контракта, освобождения от замещаемой должности и увольнения с гражданской службы, лицо, замещающее государственную должность Республики Татарстан, государственный служащий, члены их семей, для получения первичной медико-санитарной помощи, должны выбрать иную медицинскую организацию, в том числе по территориально-участковому принципу в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на территории Республики Татарстан.

Я понимаю, что данный порядок, установлен Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 10 июля 2006 г. № 352 «О порядке медицинского обслуживания государственного гражданского служащего Республики Татарстан и членов его семьи, в том числе после выхода государственного гражданского служащего на пенсию» и Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 7 августа 2006 г. № 407 «О порядке медицинского обслуживания лиц, замещающих государственные должности Республики Татарстан, а также членов их семей, в том числе после выхода лица, замещающего государственную должность Республики Татарстан, на пенсию».

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____ *Петров*
"09" сентября 2016 г.