

Генеральному директору  
 ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России  
 (наименование медицинской организации)  
 г. Красноярск, ул. Коломенская, 26  
 (фактический адрес медицинской организации)  
 Баранкину Борису Владимировичу  
 (Ф.И.О. руководителя медицинской организации)  
 от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ № \_\_\_\_\_  
 о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить  
 меня (в случае подачи заявления от своего имени)  
 законное лицо (при подаче заявления законным представителем\*) (нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_, законным представителем которого я являюсь  
 к **Медицинскому центру ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России** в связи с (нужное выделить знаком «V»):

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

**Сведения о застрахованном лице:**

1.	Фамилия	
2.	Имя	
3.	Отчество (при наличии)	
4.	Пол	
5.	Дата рождения:	
6.	Место рождения	
7.	Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность)	
	серия, номер, кем, когда выдан	
8.	Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации)	
9.	Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника):	
10.	Адрес регистрации: (если не совпадает с адресом места жительства,)	
11.	Дата регистрации	
12.	Страховой медицинский полис (серия, номер)	
13.	Наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован гражданин	
14.	СНИЛС (при наличии):	
15.	Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления	
16.	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;	
	лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;	
	иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации;	
	лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.	
17.	Гражданство	

\*для ребенка до достижения им совершеннолетия, либо до приобретения им дееспособности в полном объеме до достижения совершеннолетия - его родителями или другими законными представителями, для недееспособных граждан – опекунами.

**Сведения о представителе застрахованного лица\****(заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):*

1.	Фамилия	
2.	Имя	
3.	Отчество <i>(при наличии)</i>	
4.	Дата рождения	
5.	Отношение к гражданину:	отец, мать, иное <i>(нужное подчеркнуть)</i>
6.	Основания для представления интересов застрахованного лица	несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство <i>(нужное подчеркнуть)</i> или другое
7.	Документ, подтверждающий полномочия представителя	
8.	Паспорт <i>(другой документ, удостоверяющий личность)</i> серия, номер, кем, когда выдан	
9.	<b>Контактная информация</b> <i>(застрахованного лица, представителя застрахованного лица):</i>	
	телефон:	
	e-mail:	
	аккаунт социальной сети:	

Дополнительно сообщая:

(по желанию может быть представлена информация о наличии льгот, серьезных заболеваний и пр.)

---

---

---

**Подпись застрахованного лица** (законного представителя) \_\_\_\_\_

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

В соответствии с требованиями Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», выражаю медицинской организации согласие на обработку моих персональных данных, а так же информирование меня по вопросам оказания медицинской помощи (включая информирование по вопросам проведения профилактических осмотров, диспансеризации, вакцинопрофилактике, лекарственного обеспечения и др.) по указанным в заявлении о выборе медицинской организации адресу, контактными номерами телефонов, по электронной почте и/или через аккаунт социальной сети.

**Подпись застрахованного лица** (законного представителя) \_\_\_\_\_

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