

**Заявление о регистрации у семейного врача в первичном медико-санитарном учреждении,  
оказывающем первичную медицинскую помощь в рамках обязательно медицинского страхования**

<b>1. Нижеподписавшийся (-аяся)</b>		
1.1 <input type="text"/> Фамилия	1.2 <input type="text"/> Имя	
1.3 <input type="text"/> Идентификационный номер (ИДНП) <small>Заполняется лицами, у которых есть идентификационный номер (ИДНП)</small>	1.4 <input type="text"/> Серия <small>Номер свидетельства о рождении/временного документа, удостоверяющего личность</small>	
1.5 <input type="text"/> Число, месяц, год рождения	<small>Заполняется лицами, у которых отсутствует идентификационный номер (ИДНП) Постановление Правительства № 53 от 17.01.2013</small>	
<b>2. Место жительства или проживания</b>		
2.1 <input type="text"/> Муниципий/Город	2.2 <input type="text"/> Сектор/Населенный пункт	2.3 <input type="text"/> Улица и номер
2.4 <input type="text"/> Контактный телефон		
<b>3. Заполняется в случае, если заявления подано законным представителем</b>		
3.1 <input type="text"/> Фамилия	3.2 <input type="text"/> Имя	
3.3 <input type="text"/> Контактный телефон		
<b>4. Прошу зарегистрировать меня в</b>		
4.1 <input type="text"/> Название МСУ ПМП		
4.2 <input type="text"/> Фамилия семейного врача	4.3 <input type="text"/> Имя семейного врача	
<b>5. Порядок регистрации</b> <input type="checkbox"/> Первичная регистрация <input type="checkbox"/> Смена семейного врача в рамках того же МСУ ПМП <input type="checkbox"/> Смена семейного врача и МСУ ПМП	<b>6. Причина изменения регистрации</b> <input type="checkbox"/> Смена места жительства или проживания <input type="checkbox"/> По истечении 6 месяцев с последней регистрации	
<b>7. Декларация под собственную ответственность</b> - Я принимаю и соглашаюсь на обработку моих персональных данных МЗ, НМСК и МСУ ПМП. - Подтверждаю под собственную ответственность, действительность предоставленных данных и ознакомление с требованиями Положения о регистрации лица у семейного врача из медико-санитарного учреждения, оказывающее первичную медицинскую помощь в рамках обязательного медицинского страхования.  <input type="text"/> Дата подачи заявления		Подпись лица _____
<b>8. Заявление было принято в списке семейного врача</b>		
8.1 <input type="text"/> Фамилия	8.2 <input type="text"/> Имя	
8.3 <input type="text"/> Дата приёма заявления	8.4 Подпись семейного врача _____	
8.5 Печать семейного врача		
<b>9. Заявление было зарегистрировано ответственным лицом МСУ ПМП/ представителем ТА</b>		
9.1 <input type="text"/> Фамилия	9.2 <input type="text"/> Имя	
9.3 <input type="text"/> Дата регистрации заявления	9.4 Подпись _____	
9.5 Печать		