

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

1. Нижеподписавшийся (-аяся)	
1.1 <input style="width: 100%;" type="text"/> <i>Фамилия</i>	1.2 <input style="width: 100%;" type="text"/> <i>Имя</i>
1.3 <input style="width: 100%;" type="text"/> <i>Идентификационный номер (ИДНП)</i> <small>Заполняется лицами, у которых есть идентификационный номер (ИДНП)</small>	1.4 <input style="width: 50%;" type="text"/> <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Серия</i> <i>Номер свидетельства о рождении/временного документа, удостоверяющего личность</i> <small>Заполняется лицами, у которых отсутствует идентификационный номер (ИДНП) Постановление Правительства № 53 от 17.01.2013</small>
1.5 <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <i>Число, месяц, год рождения</i>	
2. Место жительства или проживания	
2.1 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Муниципий/Город</i>	2.2 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Сектор/Населённый пункт</i>
2.3 <input style="width: 100%;" type="text"/> <i>Улица и номер</i>	
2.4 <input style="width: 100%;" type="text"/> <i>Контактный телефон</i>	
3. Заполняется в случае, если заявления подано законным представителем	
3.1 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Фамилия</i>	3.2 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Имя</i>
3.3 <input style="width: 100%;" type="text"/> <i>Контактный телефон</i>	
4. Прошу зарегистрировать меня в	
4.1 <input style="width: 100%;" type="text"/> <i>Название МСУ ПМП</i>	
4.2 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Фамилия семейного врача</i>	4.3 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Имя семейного врача</i>
5. Порядок регистрации <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	6. Причина изменения регистрации <input type="checkbox"/> Смена места жительства или проживания <input type="checkbox"/> По истечении 6 месяцев с последней регистрации
7. Декларация под собственную ответственность - 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 style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <i>Дата подачи заявления</i> Подпись лица _____	
8. Заявление было принято в списке семейного врача	
8.1 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Фамилия</i>	8.2 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Имя</i>
8.3 <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <i>Дата приёма заявления</i>	8.4 Подпись семейного врача _____
8.5 Печать семейного врача	
9. Заявление было зарегистрировано ответственным лицом МСУ ПМП/ представителем ТА	
9.1 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Фамилия</i>	9.2 <input style="width: 50%;" type="text"/> <i>Имя</i>
9.3 <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <i>Дата регистрации заявления</i>	9.4 Подпись _____
9.5 Печать	