Приложение № 9

 УТВЕРЖДЕНО

Приказ главного врача №255

от 08.07.2022

 Главному врачу УЗ «14-я центральная

 районная поликлиника Партизанского

 района г.Минска»

 Красниченко Л.С.

 гр.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО)

 ЗАЯВЛЕНИЕ

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

прож.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в УЗ «14-я центральная районная поликлиника Партизанского района г.Минска» с\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего жительства (месту пребывания) в\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

название государственного учреждения здравоохранения, адрес

 Цель закрепления\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(оформление вида на жительство, трудостройство, вакцинация, разовое обследование и др.

Дополнительные сведения:

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. |  |
| Дата рождения |  |
| Адрес проживания | ! |
| Адрес регистрации |  |
| Серия и № паспорта, кем и когда выдан |  |
| Личный номер паспорта |  |
| Место работы и должность |  |
| Телефон мобильный |  |
| Телефон домашний |  |
| Email адрес |

***Даю согласие на внесение и обработку персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении.***

* ***В случае, если пациент в течение срока закрепления не выполнял в полном***

***объеме рекомендации врачей и по истечении срока, на который был закреплен, не обратился в поликлинику с заявлением о продлении срока закрепления, он автоматически утрачивает право на получение медицинской помощи в поликлинике.***

«Ознакомлен(а)»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись