от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Ф.И.О. заявителя)

адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**Заявление**

**о выборе медицинской организации**

**при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий**

**бесплатного оказания гражданам медицинской помощи за пределами региона проживания**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ года рождения,

 (Ф.И.О. заявителя)

N полиса обязательного медицинского страхования: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В соответствии **с ч.1 ст. 21, ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ** "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» при оказании гражданину медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи гражданин **имеет право на выбор медицинской организации** и на выбор врача.

В соответствии с «Порядком выбора гражданином медицинской организации за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин …», утв. **Приказом МЗ РФ от 14 апреля 2025 г. N 215н**, при оказании медицинской помощи в рамках программы госгарантий бесплатного оказания медицинской помощи по ОМС для прохождения плановой противоопухолевой лекарственной терапии в условиях дневного стационара я выбираю следующую медицинскую организацию:

**ООО «Клиника мужского и женского здоровья»**

**Адрес: г. Обнинск Калужской обл., ул. Курчатова, д.27**

(уникальный номер в реестре ОМС 40202500500).

Прошу выдать мне направление по форме № 057-У в указанную медицинскую организацию.

 Заявитель:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_2025г.

 (подпись) (Ф.И.О.)