



НАЦІОНАЛЬНА СЛУЖБА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
(НСЗУ)

просп. Степана Бандери, 19, м. Київ, 04073, (044) 221-08-21, код згідно з ЄДРПОУ 42032422  
e-mail: info@nszu.gov.ua

№ 994-18  
від "02" 11 2018 р.  
на № \_\_\_\_\_  
від "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Користувачам електронної системи  
охорони здоров'я  
(фізичним та юридичним особам)

*Щодо подання заяв про внесення  
змін до інформації, що міститься в  
електронній системі охорони здоров'я*

Національна служба здоров'я України (НСЗУ) надає рекомендовану форму заяви для припинення декларації про вибір лікаря, що надає первинну медичну допомогу, та зміну даних про метод автентифікації пацієнта (номер телефону), а також перелік документів – додатків до заяви.

Заява та додатки до неї подаються закладом охорони здоров'я або пацієнтом (його законним представником) до НСЗУ шляхом надсилання листа одним із засобів (на вибір):

- на електронну адресу НСЗУ (info@nszu.gov.ua) одним файлом у форматі DOC, DOCX або PDF із накладеним ЕЦП уповноваженої особи закладу охорони здоров'я або пацієнта (його законного представника);
- в паперовій формі на адресу НСЗУ (04073, м. Київ, проспект Степана Бандери, 19). При цьому заява має бути заповнена в електронному вигляді, роздрукована та підписана власноручним підписом заявника.

Форму заяви можна завантажити на веб-сайті НСЗУ [www.nszu.gov.ua](http://www.nszu.gov.ua).

Разом з цим інформуємо, що у разі наявності запитань щодо подання заяви та додатків до неї радимо звертатися до контактного центру НСЗУ за номером телефону 1677.

Додаток: форма заяви на 1 аркуші

Голова

О. ПЕТРЕНКО

**Національна служба здоров'я України**

**Заявника:**

*[повна назва закладу охорони здоров'я або П.І.Б. фізичної особи – підприємця, код ЄДРПОУ / РНОКПП]  
або  
[П.І.Б. фізичної особи (пацієнта або його законного представника)]  
(далі – Заявник)*

**Заява**

Цією заявою Заявник звертається до НСЗУ для (необхідне вибрати):

€ припинення декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги

€ зміну даних про метод автентифікації пацієнта (номер телефону)

Декларація в електронній системі охорони здоров'я зареєстрована на ім'я:

Прізвище, ім'я та по батькові пацієнта повністю	
Дата народження пацієнта (число, місяць, рік)	
Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для дітей – серія та номер свідоцтва про народження)	
Контактний номер телефону пацієнта (за наявності)	
Номер декларації пацієнта (якщо відомо)	
Прізвище, ім'я та по батькові (повністю) лікаря, якому подано декларацію пацієнтом (якщо відомо)	
Спеціальність лікаря, якому подано декларацію пацієнтом (якщо відомо)	
Причини подання заяви:	

**Додатки:**

копія заяви пацієнта (його законного представника) у довільній формі -- у разі якщо заявник -- заклад охорони здоров'я

копія паспорта або іншого документа, що посвідчує особу пацієнта (всі заповнені сторінки);

копія ПІН пацієнта (за наявності);

копії документів, що посвідчують законного представника пацієнта – у разі якщо заявник – законний представник пацієнта. )

*[Посада та П.І.Б представника закладу охорони здоров'я (П.І.Б. фізичної особи – підприємця)]  
або*

*[П.І.Б. фізичної особи (пацієнта або його законного представника)]*

[Дата]

[Підпис]