

ЗАЯВЛЕНИЕ №
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня
к медицинской организации
к участковому врачу

в связи с

Сведения о застрахованном лице:

1. ФИО

2. пол жен.

3. дата рождения . .

4. место рождения

5. гражданство Российская Федерация

6. паспорт П 0

7. вид на жительство

8. место жительства

9. место регистрации по постоянному месту жительства Завьяловский район

10. дата регистрации . .

11. контактная информация

12. номер полиса обязательного медицинского страхования

13. страховая медицинская организация

14. СНИЛС

15. зарегистрирован в медицинской организации

Являюсь гражданином Российской Федерации

16. С условиями оказания неотложной медицинской помощи, в т.ч. на дому, по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

подпись застрахованного лица

17. О выборе медицинской организации, в том числе по территориально-участковому принципу, не чаще чем один раз в год (за исключением случаев изменения места жительства или места пребывания) проинформирован.

подпись застрахованного лица

На обработку и использование моих персональных данных в соответствии с законодательством Российской Федерации, согласен

подпись застрахованного лица, дата

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

Заявление и документы гражданина(гражданки) . .

зарегистрированы № от . .

Принял Ольга, . .

(подпись уполномоченного лица)

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА

Прикрепить с _____, участок № _____, врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

подпись

ФИО главного врача

" _____ " _____ 20 ____ года

М.П.