

Главному врачу

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

дата рождения _____, пол _____ мужской / женский _____,
число, месяц, год _____, _____
нужное подчеркнуть

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к

(полное название медицинской организации)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____, выдан
страховой медицинской организацией _____
« ____ » _____ года.

Домашний адрес: _____
по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть).

Место регистрации: _____ дата регистрации _____

Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность _____):

серия _____ № _____, выдан « ____ » _____ год _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

« ____ » _____ 20 ____ года Личная подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " ____ " _____ 20 ____ года ____ : ____