

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
о выборе медицинской организации

Я, _____,

(Ф.И.О. полностью)

« _____ » _____ года рождения, место рождения _____,

гражданство _____, пол мужской/женский.

прошу прикрепить меня для оказания первично медико-санитарной помощи к

МБУЗ «Городская поликлиника №9 г.Ростова-на-Дону»,

344072 г.Ростов-на-Дону, пр.40-летия Победы 57а

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) N _____,

выдан страховой медицинской организацией _____

« _____ » _____ 20 _____ года. СНИЛС _____.

Место регистрации:

_____, дата

регистрации: « _____ » _____ года.

Место жительства (пребывания):

_____.

(адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен/не прикреплен к медицинской организации (нужное подчеркнуть)

к медицинской организации _____.

Документ удостоверяющий личность: наименование _____ серия

_____ номер _____, выдан « _____ » _____ года

_____.

(наименование органа выдавшего документ)

Контактная информация: _____.

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.

« _____ » _____ 20 _____ года _____ (_____)

(подпись)

(Ф.И.О.)

Дата регистрации заявления: « _____ » _____ 20 _____ года.

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с « _____ » _____ 20 _____ года. Участок N _____

Врач _____.

Отказать в прикреплении в связи с

(Хинталь Т.В.) « _____ » _____ 20 _____ года.

(подпись)

(Ф.И.О. руководителя МО)

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки « _____ » _____ 20 _____ года.

Получил копию заявления _____ (_____).

(подпись)

(Ф.И.О.)