

Главному врачу ООО «Поликлиника «Мед Кон»
от гр. _____
(ФИО полностью)

(телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество полностью)

Дата рождения « ____ » _____ г. пол _____

Прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
ООО «Поликлиника «Мед Кон».

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 « ____ » _____ года

Прикреплен/не прикреплен (нужное подчеркнуть) к медицинской организации) _____

(наименование медицинской организации, к которой прикреплен)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность _____):
серия _____ № _____, выдан « ____ » _____ г.

СНИЛС _____
(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 учётом территориальной доступности ознакомлен.

« ____ » _____ 20 ____ года Личная подпись _____ (_____
(ФИО)

Дата и время регистрации заявления « ____ » _____ 20 ____ года

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ г. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи _____

« ____ » _____ 20 ____ года Подпись Главного врача _____

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением Главного врача выдана на руки

« ____ » _____ 20 ____ года Копию получил _____ (_____
(ФИО)