Главному врачу

ГАУЗ СО «ГБ г. Каменск-Уральский»

Зубову А.В.

Г. Каменск-Уральский, ул. Каменская, 8а

от

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Я,

(фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол - М/Ж)

подтверждаю выбор ГАУЗ СО «Городская больница город Каменск-Уральский»

а также участкового врача

(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики – нужное подчеркнуть)

Полис ОМС:

(1 - полис старого образца, 2 - временное свидетельство, 3 – полис единого образца - нужное подчеркнуть)

выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название страховой медицинской организации) «\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата выдачи полиса)

Гражданство \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Место рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес проживания по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания, без регистрации - нужное подчеркнуть)

Место и дата регистрации (если имеется)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Находится на обслуживании в медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

расположенной по адресу

(адрес медицинской организации)

Не находится на обслуживании в медицинской организации (подчеркнуть, если не находится на обслуживании в медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность)

серия № , выдан « » г.

(название органа, выдавшего документ)

Контактный телефон

Личная подпись " " 20\_\_\_\_г.

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Зарегистрировать с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г.

Отказать в регистрации в связи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О. главного врача)

« » 20 г.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на
руки « » 20 г.

Получил копию заявления

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Ф.И.О.)