Главному врачу

ГАУЗ СО «Городская больница

город Каменск-Уральский»

А.В. Зубову

Свердловская область,

г. Каменск-Уральский,

ул. Каменская, 8а

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ О ВЫБОРЕ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Я, , прошу зарегистрировать

(фамилия, имя, отчество)

гражданина ,

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

законным представителем которого я являюсь:

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

(указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность; в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи документа, подтверждающего право законного представителя)

в

(полное наименование медицинской организации)

участковый врач

(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)

« »\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

(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 \_\_\_\_\_\_\_

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

(название 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)

Личная подпись представителя « » 20 г.

Контактный телефон представителя

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.)