Дети до 14 лет

Копия страхового полиса

Главному врачу

ГБЗУ МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (наименование медицинской орган.

От гр. \_\_\_\_\_\_\_

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

(Ф И О. полностью

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения пол (муж/жен)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность)

Серия

№

выдан

г.

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

(название органа, выдавшего документ)

Прошу прикрепить моего ребенка для оказания первой медико-санитарной помощи к ГБУЗ МО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. ребенка

(фамилия, имя. отчество полностью)

Дата рождения ребенка пол (м/ж.)

Страховой медицинский полис (временное свид.) .№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

« » 20 г.

(название страховой медицинской организации)

Свидетельство о рождении: серия № , дата выдачи

Место гос. регистрации свидетельства о рождении:

(наименование opt .на ЗАГС (полностью))

Место жительства t

(адрес по месту фактического проживания)

Место регистрации ,

(адрес по постоянной регистрации (прописка))

Прикреплен к медицинской организации

(название медицинской организации Ф)

Не прикреплен К медицинской организации (подчеркнуть, если не находится I л обслуживании в мед. орган Настоящим прикреплен подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получен первичной медико- санитарной помощи и согласие на использование персональных данных и их обработке в соответствии с действующим законодательством Росси ' ой Федерации.

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

« • 20 г. Личная подпись

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

При крепить с " " 20 г. Участок № Врач

Отказать в прикреплении в связи

Главный врач

М.П.

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