

Главному врачу
МБУЗ «Городская поликлиника № 16 г. Ростова-на-Дону»
г. Ростов-на-Дону, пр. Космонавтов 6/1
Д.В. Стагниеву

От _____

Пол _____ дата рождения _____ место рождения _____

Прописан(а)(дата регистрации) _____

Фактическое проживание _____

Паспорт: серия _____ номер _____ дата выдачи: _____

Кем выдан: _____

Наличие инвалидности _____ Гражданство _____

№ полиса _____ Название СМК _____

СНИЛС _____

Контактный тел.: _____

Заявление.

Прошу прикрепить для обслуживания в Вашей поликлинике на основании приказа № 406н от 26.04.12г. «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи», с которым ознакомился.

Ранее обслуживался: в поликлинике № _____
адрес поликлиники _____

Не находился на обслуживании в мед. организации _____

«__» _____ 20__ г. _____ Подпись

Решение гл. врача:

1. Прикрепить к поликлинике с _____ 20__ г.

Ф.И.О. врача, № участка

2. Отказать в прикреплении _____

Причина отказа _____