

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 \_\_\_\_\_