

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

от гр. _____
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(Ф.И.О. полностью)

« ____ » _____ года рождения, место рождения _____

гражданство _____, пол мужской/женский.

прошу прикрепить меня для оказания первично медико-санитарной помощи к
МБУЗ "Городская поликлиника № 16 г. Ростова – на – Дону", пр. Космонавтов 6/1 _____.

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство) N _____,
выдан страховой медицинской организацией _____
« ____ » _____ 20 ____ года.

Место регистрации: _____,
дата регистрации: « ____ » _____ года.

Место жительства (пребывания): _____.

Прикреплен/не прикреплен к медицинской организации (нужное подчеркнуть)
к медицинской организации _____.

Документ удостоверяющий личность: наименование _____ серия _____
номер _____, выдан « ____ » _____ года _____

(наименование органа выдавшего документ)

Контактная информация: _____.

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

« ____ » _____ 20 ____ года _____ (_____
(подпись) (Ф.И.О.)

Дата регистрации заявления: « ____ » _____ 20 ____ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ года. Участок N _____ врач _____.

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО) « ____ » _____ 20 ____ года.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки « ____ »
_____ 20 ____ года.

Получил копию заявления _____ (_____
(подпись) (Ф.И.О.)