

Главному врачу

Ковалевой Ирине Евгеньевне

(Ф.И.О.)

от

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____, место рождения: _____
(число, месяц, год)

пол: мужской / женский (нужное подчеркнуть),
гражданство _____

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ "АПРЕЛЕВСКАЯ РАЙОННАЯ БОЛЬНИЦА"
_____ (полное название медицинской организации)

143360, МО, Наро-Фоминский р-н, г.Апрелевка, ул.Февральская, д.40
_____ (адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) _____ № _____

выдан страховой медицинской организацией _____
_____ года.

Домашний адрес: _____
по месту жительства. по месту пребывания, по месту фактического проживания без регистрации (нужное подчеркнуть)

Адрес по месту регистрации: _____

дата регистрации: _____

Прикреплен к медицинской организации: _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к медицинской организации)

Вид документа, удостоверяющего личность: Паспорт РФ

серия: _____ №: _____ выдан _____

_____ (наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю свой выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи.
С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

Подпись _____

(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: _____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "01" _____ 20____ года гражданина _____

(фамилия, имя, отчество)

Участок № _____ Врач: _____

(Фамилия, имя, отчество)

Отказать в прикреплении в связи _____

/ Ковалева И.Е.

(подпись)

(Ф.И.О. главного врача)

" " _____ 20____ года

М.П.

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

" " _____ 20____ года Получил копию заявления _____ / _____

(подпись)

(Ф.И.О.)

Ознакомлен с перечнем, согласно п.8 Порядка _____ / _____

(подпись)

(Ф.И.О.)