

Главному врачу _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Ф.И.О. _____

Пол _____ Дата рождения _____

Место рождения _____

Гражданство _____

Свидетельство о рождении (до 14 лет) или паспорт гражданина РФ (с 14 лет) _____

Место регистрации _____

Фактический адрес для оказания мед. помощи на дому _____

Номер педиатрического участка _____

При несовпадении фактического адреса с границами участка указать (без обслуживания на дому) _____

№ полиса обязательного медицинского страхования _____

Наименование и фактический адрес мед. организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь в которой гражданин находился на обслуживании до подачи заявления _____

Законный представитель гражданина, не достигшего 18-ти летия:

Ф.И.О. _____

Отношение к гражданину _____

Паспорт гражданина РФ _____

Контактная информация: _____

(дата)

(подпись)