

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
о выборе медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи по профилю "стоматология"

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, место рождения _____,
(число, месяц, год)

гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи по
профилю "стоматология" к _____.
(полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)
N _____, выдан страховой медицинской
организацией _____
"___" _____ года.

Место регистрации: _____, дата регистрации: _____.

Место жительства (пребывания): _____.

(адрес для оказания медицинской помощи
на дому при вызове медицинского работника,
указывается в случае адреса, отличного
от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____
(полное наименование медицинской
организации)

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

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ N _____,
выдан "___" _____ 20__ 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 и время регистрации заявления: "___" _____ 20__ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с "___" _____ 20__ года. Участок N _____ Врач _____.

Отказать в прикреплении в связи с _____.

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

"___" _____ 20__ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской
организации выдана на руки "___" _____ 20__ года.

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

Руководителю медицинской организации

от гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
о выборе медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи по профилю "стоматология"

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить гражданина _____,
(фамилия, имя, отчество)

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

гражданство _____, пол мужской/женский (нужное подчеркнуть),
представителем которого я являюсь: _____

(указать основание:

а) несовершеннолетний ребенок;

б) недееспособность;

в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи
документа, подтверждающего право представителя)
для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю "стоматология" к

_____ (полное наименование медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)
N _____, выдан страховой медицинской
организацией _____

"__" _____ года.

Место регистрации: _____, дата регистрации: _____.

Место жительства (пребывания): _____.

(адрес для оказания медицинской помощи
на дому при вызове медицинского работника,
указывается в случае адреса, отличного
от адреса места регистрации)

Прикреплен к медицинской организации _____

(полное наименование медицинской
организации)

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

Паспорт, свидетельство о рождении или другой документ, удостоверяющий
личность прикрепляющегося гражданина: серия _____ N _____, выдан
"__" _____ 20__ 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 и время регистрации заявления: "__" _____ 20__ года.

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с "__" _____ 20__ года. Участок N _____ Врач _____.

Отказать в прикреплении в связи с _____

_____ (_____)

(подпись) (Ф.И.О. руководителя МО)

"__" _____ 20__ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской
организации выдана на руки "__" _____ 20__ года.

Получил копию заявления _____ (_____)

(подпись)

(Ф.И.О.)