

Главному врачу ГАУЗ «НЦРМБ»

Валееву Р.Ф.

от _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ N _____
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить _____

(меня или застрахованное лицо (ФИО), законным представителем которого я являюсь)

к медицинской организации: ГАУЗ «НЦРМБ» поликлиника № _____ адрес: _____

(полное наименование медицинской организации, фактический адрес)

в связи с (нужное выделить знаком "V"):

- _____ первичным выбором медицинской организации;
_____ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
_____ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
_____ прекращением деятельности медицинской организации;
_____ откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь, исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста.

Сведения о застрахованном лице:

1. Ф.И.О. _____

2. Пол _____

3. Дата рождения: _____

4. Место рождения _____

5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

6. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в Российской Федерации) _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

7. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника): _____

8. Адрес регистрации (по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации - нужное подчеркнуть) _____

9. Дата регистрации _____

10. Контактная информация _____

(телефон, e-mail)

11. Страховой медицинский полис: _____

12. Страховая медицинская организация: _____

13. СИИЛС _____

(при наличии)

14. Зарегистрирован в медицинской организации _____

(прежнее прикрепление)

Являюсь/является (нужное выделить знаком "V"):

_____ гражданином Российской Федерации;

_____ лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах;

_____ иностранным гражданином, постоянно проживающим в Российской Федерации, гражданство _____;

_____ лицом без гражданства, постоянно проживающим в Российской Федерации;

_____ иностранным гражданином, временно проживающим в Российской Федерации, гражданство _____;

_____ лицом без гражданства, временно проживающим в Российской Федерации.

Сведения о представителе застрахованного лица (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Ф.И.О. _____

2. Отношение к гражданину: отец, мать, иное (нужное подчеркнуть) _____

3. Основания для представления интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, _____, попечительство _____ (нужное подчеркнуть) или другое (указать) _____

4. Документ, подтверждающий право законного представителя <*>, _____

5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

6. Контактная информация представителя _____

(телефон, e-mail)

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____

" _____ " _____ 20 _____ г.