



ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации

Я, _____,
(Ф.И.О.)

Дата рождения _____ Пол муж./ жен.

Зарегистрированный (-ая) по адресу _____

Проживающий (-ая) по адресу (заполняется при несовпадении с адресом постоянной регистрации) _____

Подтверждаю выбор _____ **КГБУЗ «Городская поликлиника № 9»** _____
а также участкового врача _____
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового)

Застрахованный (-ая) по обязательному медицинскому страхованию в _____
(наименование страховой медицинской организации)

Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса
обязательного медицинского страхования)
_____ выдан _____,
(серия, номер СМП) (дата выдачи СМП)

Документ, удостоверяющий личность **паспорт** серия _____ номер _____ кем выдан _____

дата выдачи «__» _____ г.

Домашний телефон: _____

Сотовый телефон: _____

Дата заявления «__» _____ 20__ г.

Личная подпись _____

Решение главного врача:

Зарегистрировать с «__» _____ 20__ г.

Отказать в регистрации в связи с

_____ Уварова Т.Н.
(подпись)

М.П.

«__» _____ 20__ г.

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

«__» _____ 20__ г.

Получил копию заявления

_____ (_____)
(подпись) (ФИО)