

Главному врачу
ГБУЗ СО «ГП № 3 г. Нижний Тагил»
г. Нижний Тагил, ул. Липовый тракт, 30а
(наименование медицинской организации)
Запольской Л.Б.

от _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, _____
(фамилия, имя, отчество, дата рождения, пол – М/Ж)

подтверждаю выбор ГБУЗ СО «Городская поликлиника № 3 г. Нижний Тагил»
(полное наименование медицинской организации)

а также участкового врача _____
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача-педиатра участкового, врача общей практики – нужное подчеркнуть)

Полис ОМС: № _____
(1 - полис старого образца, 2 - временное свидетельство, 3 - полис единого образца – нужное подчеркнуть)
выдан страховой медицинской организацией

_____ (название страховой медицинской организации)
" ____ " _____ г.
(дата выдачи полиса)

Гражданство _____

Место рождения _____

Место жительства _____
(адрес проживания по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания без регистрации - нужное подчеркнуть)

Место и дата регистрации (если имеется) _____

Находится на обслуживании в медицинской организации _____

_____ (название медицинской организации),
расположенной по адресу _____
(адрес медицинской организации)

Не находится на обслуживании в медицинской организации (подчеркнуть, если не находится на обслуживании в медицинской организации).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____ :
серия _____ № _____, выдан " ____ " _____ г.

_____ (название органа, выдавшего документ)

Контактный телефон _____

Личная подпись _____

" ____ " _____ 20 ____ г.

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Зарегистрировать с " ____ " _____ 20 ____ г.

Отказать в регистрации в связи _____

_____ Запольская Л.Б.
(подпись) (ФИО главного врача)

" ____ " _____ 20 ____ г.

М.П.

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

" ____ " _____ 20 ____ г.

Получил копию заявления _____
(подпись) (ФИО)