

Главному врачу (руководителю)
ректору Боеву В.М.
ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России
(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации (врача)

Я, _____,
(Ф.И.О.)

Паспорт _____,
(серия) (номер)

_____, _____,
(пол) (дата рождения) (гражданство)

(место рождения)

проживающий(-ая) по адресу: _____
(адрес настоящего места жительства, для оказания

медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)

застрахованный(-ая) по обязательному медицинскому страхованию в

(наименование страховой медицинской организации)

полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,
подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского
страхования) _____

(серия, номер)

выдан _____,
(дата выдачи)

настоящим подтверждаю выбор ГБОУ ВПО ОрГМА Минздрава России,
(наименование медицинской организации)

для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому
принципу.

Нахожусь на обслуживании, на момент подачи заявления в медицинской
организации:

(наименование медицинской организации,

фактический адрес)

Дата _____
(подпись)

**К заявлению приложить ксерокопии:
паспорт (1-2 страница, страница с пропиской), полис, СНИЛС**