

Руководителю общества с ограниченной ответственностью
«МИЛАВИТА» Огарковой Александре Вячеславовне

от гр. _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ №
о выборе медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, место рождения _____
(число, месяц, год) (нас. пункт, район, область, страна)

Гражданство _____, пол: мужской / женский
(нужное подчеркнуть)

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология»
к Обществу с ограниченной ответственностью «МИЛАВИТА»

полис обязательного медицинского страхования (вр. свидетельство) № _____

_____ (наименование страховой медицинской организации, в которой застрахован на момент подачи заявления)

паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ № _____, выдан _____ .20 ____ г.

_____ (наименование органа, выдавшего документ)
адрес регистрации:

_____ место фактического пребывания:

- ранее был прикреплен к медицинской организации по профилю «стоматология» к _____;
(наименование медицинской организации)
– не был прикреплен / не знаю (нужное подчеркнуть)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи по профилю «стоматология» и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

_____ .20 ____ г.
(подпись заявителя)

_____ .20 ____ г. ____ ч ____ м
(дата и время регистрации МО заявления) (подпись должностного лица МО)

РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ:

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ года. _____ .

Отказать в прикреплении в связи с _____ .

_____ .20 ____ г.
М.п. _____ (подпись и расшифровка подписи руководителя или уполномоченного лица)

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки _____ .20 ____ г.

Получил копию заявления _____ (подпись и расшифровка подписи заявителя)

