

Главному врачу ГУЗ «Заокская ЦРБ»
С.С. Кабашевой

от гр. _____

(Ф.И.О. телефон)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о прикреплении к медицинской организации
на основании выбора МО

Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) для оказания первичной медико-санитарной помощи к

ГУЗ «Заокская центральная районная больница»

(полное наименование МО)

в связи со сменой места жительства.

1. Сведения о застрахованном лице

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения: _____, пол: мужской / женский,
(число, месяц, год) (нужное подчеркнуть)

Зарегистрирован(а) по адресу: _____

Фактический адрес проживания: _____

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № _____,
выдан _____ страховой _____ медицинской _____ организацией

(наименование СМО, субъект РФ)

« ____ » _____ года.

СНИЛС: _____ - _____ - _____

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность _____):

серия _____ № _____, выдан « ____ » _____ 20__ года

(наименование органа, выдавшего документ)