

2. Сведения о представителе застрахованного лица

 (фамилия, имя, отчество)

Отношение к застрахованному лицу,
 сведения о котором указаны в заявлении: мать / отец / иное (нужное подчеркнуть).

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность _____):

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

 (наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации

С порядком оказания медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.

«___» _____ 20__ года Личная подпись _____ (_____)
 (расшифровка

подписи)

Дата и время регистрации заявления: «___» _____ 20__ года ____:____

Регистрационный номер _____

В настоящий момент прикреплен: _____

