

Главному врачу ГУЗ «Заокская ЦРБ»
п.Заокский, Тульской области,
ул. Садовая, д.23.
телефон 8(48734) 2-03-04
электронный адрес :

guz. tcrbzaoksk@tularegion.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я _____ прошу открепить меня от

Медицинского обслуживания (льготного лекарственного обеспечения) ГУЗ

«Заокская ЦРБ»

О себе сообщаю следующую информацию:

1. Ф.И.О.(полностью) _____
2. Пол _____
3. Дата рождения _____
4. Место рождения _____
5. Гражданство _____
6. Паспорт, серия _____ № _____ выдан _____

7. Полис ОМС _____ № _____

8. Наименование страховой медицинской организации, выбранной
Гражданином _____

9. Наименование и фактический адрес медицинской организации,
Оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на
Обслуживании на момент подачи заявления _____

10. Место жительства _____

11. Место регистрации _____

12. Контактный телефон _____

Дата _____

Подпись: _____