

В _____
(наименование медицинской организации)

от _____
(фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____ от _____

о выборе (замене) медицинской организации
для получения первичной медико-санитарной помощи

Прошу зарегистрировать меня / гражданина, представителем которого я являюсь (нужное подчеркнуть) в качестве лица, получающего первичную медико-санитарную помощь в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, в медицинской организации

ГБУЗ РТ «Чаа-Хольская ЦКБ»

наименование медицинской организации

в связи с (нужное отметить знаком "V"):

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | 1) выбором медицинской организации; |
| <input type="checkbox"/> | 2) заменой медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года; |
| <input type="checkbox"/> | 3) заменой медицинской организации в связи со сменой места жительства. |

I. Информация о гражданине

- 1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)
- 1.4. Пол: муж. Жен. (нужное отметить знаком "V")
- 1.5. Дата рождения: « ____ » _____ Г.
- 1.6. Место рождения _____
- 1.7. Гражданство: _____
- 1.8. Полис ОМС: № _____
- 1.9. Страховая медицинская организация: _____
- 1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) _____
- 1.11. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: вид документа: _____
серия: _____ номер _____ дата выдачи: _____
кем выдан _____
- 1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:
город (село, деревня, ...): _____
район: _____
область (край, республика): _____
адрес (улица, дом, корпус, квартира): _____
- 1.13. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:
город (село, деревня, ...): _____
район: _____
область (край, республика): _____
адрес (улица, дом, корпус, квартира): _____

Подпись застрахованного лица _____
« ____ » _____ 2019г.

Подпись руководителя
медицинской организации
« ____ » _____ 2019г.

_____/Аракчаа Э.Б/

Прикрепить к участку № _____