РЕШЕНИЕ
Администрации МО
_____
_____
_____
_____
Дата_____

МП

Главному врачу
ГБУЗ СК «ПГП № 1»
Е.А. Маршалкиной
357500, г. Пятигорск, Первая Бульварная 37

_____
_____
(ФИО заявителя в соответствии с документом)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Прошу принять меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) на медицинское обслуживание.

Информация о гражданине, осуществляющем выбор МО:
Фамилия _____Имя _____
Отчество (при наличии)_____
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
Пол: **муж. жен**. (нужное подчеркнуть) Дата рождения: _____
(число, месяц, год)
Место рождения: _____
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)
Вид документа, удостоверяющего личность _____
Серия _____Номер _____ Кем и когда выдан _____
_____
Адрес регистрации по месту жительства: субъект Российской Федерации_____
(республика, край, область, округ)
_____район _____ город _____
населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)
улица (проспект, переулок и т.п.) _____
N дома (владения) _____ корпус (строение) _____ квартира _____
Дата регистрации по месту жительства _____
Адрес места пребывания (указывается для оказания медицинской помощи на дому по вызову)
район _____город _____населенный пункт _____
(село, поселок и т.п.)
улица (проспект, переулок и т.п.) _____
N дома (владение) _____ корпус (строение) _____ квартира _____
№ полиса | | | | | | | | | | | | | | | |
Наименование СМО, застраховавшей гражданина_____
Наименование медицинской организации, в которой гражданин находится на медицинском обслуживании на момент подачи заявления_____

Сведения о представителе гражданина:
Фамилия _____Имя _____
Отчество (при наличии)_____
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)
Отношение к гражданину_____
Данные о документе, удостоверяющем личность представителя:
вид документа _____серия _____ номер _____кем и когда выдан_____
Контактная информация:
Телефон (с кодом): домашний _____ служебный _____
Адрес электронной почты _____

Подпись лица, подающего заявление (представителя застрахованного) _____ Дата подачи заявления_____
Заявление принял: _____/_____ Дата _____
(подпись представителя медицинской организации/расшифровка подписи) (число, месяц, год)