

И.о. ректора Мирошниченко И.В.
ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России
(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации (врача)

Я, _____,
(Ф.И.О.)

Паспорт _____,
(серия) (номер)
_____, _____,
(пол) (дата рождения) (гражданство)

_____ (место рождения)
проживающий(-ая) по адресу: _____
(адрес настоящего места жительства, для оказания

_____ (наименование страховой медицинской организации)
медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)
застрахованный(-ая) по обязательному медицинскому страхованию в

_____ (серия, номер) **ВЫДАН**
_____ (дата выдачи)
полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,
подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского
страхования) _____

_____ (дата выдачи)
настоящим подтверждаю выбор ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава России,
(наименование медицинской организации)

для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому
принципу.
Нахожусь на обслуживании, на момент подачи заявления в медицинской
организации:

_____ (наименование медицинской организации,
фактический адрес)

Дата _____

(подпись)

К заявлению приложить ксерокопии: паспорт (1-2 страница, страница с пропиской), полис, СНИЛС