

Главному врачу
ГБУЗ СК «ГДП №3»
г.Ставрополя, ул. Тухачевского, 17Б.
Макаренко И.Н.

Заявление о выборе медицинской организации (прикрепление).

Я, законный представитель _____,
(ФИО полностью) (Год рождения)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) законного представителя ребенка

серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ года

(наименование органа, выдавшего документ) _____

Являюсь (по отношению к ребенку) _____

ФИО ребенка полностью _____

Пол ребенка: муж. / жен. (нужное подчеркнуть)

Дата рождения ребенка _____

Гражданство ребенка _____

Адрес регистрации (постоянной или временной): _____

Адрес фактического проживания _____

Контактный телефон _____

Документ ребенка (свидетельство о рождении, паспорт)

серия _____ № _____, выдан « _____ » _____ года

(наименование органа, выдавшего документ) _____

Наименование страховой медицинской организации и номер полиса ОМС ребенка _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой ребенок находился на обслуживании ранее _____

Проживал по адресу: _____

Прошу прикрепить ребенка для оказания первичной медико-санитарной помощи к участковому врачу _____

ГБУЗ СК «ГДП № 3» г. Ставрополя

(ФИО)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации от 26 апреля 2012г. N 406н, проходить медицинские осмотры и диспансеризацию, установленные законодательством РФ. С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен (а)

« _____ » _____ 20 _____ года Личная подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " _____ " _____ 20 _____ года _____ : _____