

Заявление

(заполняется лично заявителем)

Все поля обязательны к заполнению!!!

Я, _____
Дата рождения ____ " ____ " _____ Пол _____
Место рождения _____
Данные ПАСПОРТА: СЕРИЯ _____ № _____
Кем выдан документ _____
Дата выдачи документа _____ Гражданство _____
Адрес фактического места жительства _____
СНИЛС : _____ № Телефона _____
Страховая мед. компания: _____
№ страхового полиса ОМС: _____
Инвалидность: есть _____ нет _____ Группа _____
Фамилия врача-терапевта на чей участок прикрепляетесь _____
Прошу прикрепить меня к медицинской организации _____
Для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторную мед. помощь
Я осознаю, что буду откреплен(а) от мед. организации _____,
в которой ранее получал(а) мед. помощь или был(а) прикреплен(а).
Порядок и условия оказания помощи определяются территориальной программой государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год.
Подпись застрахованного лица _____ Дата _____ г.
Подпись руководителя мед. организации: _____

Заявление

(заполняется лично заявителем) ВСЕ ПОЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНЫ К ЗАПОЛНЕНИЮ!!!

Я, _____
Дата рождения ____ " ____ " _____ Пол _____
Место рождения _____
Данные ПАСПОРТА: СЕРИЯ _____ № _____
Кем выдан документ _____
Дата выдачи документа _____ Гражданство _____
Адрес фактического места жительства _____
СНИЛС : _____ № Телефона _____
Страховая мед. компания: _____
№ страхового полиса ОМС: _____
Инвалидность: есть _____ нет _____ Группа _____
Фамилия врача-терапевта на чей участок прикрепляетесь _____
Прошу прикрепить меня к медицинской организации _____
Для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторную мед. помощь
Я осознаю, что буду откреплен(а) от мед. организации _____,
в которой ранее получал(а) мед. помощь или был(а) прикреплен(а).
Порядок и условия оказания помощи определяются территориальной программой государственных гарантий
бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год.
Подпись застрахованного лица _____ Дата _____ г.
Подпись руководителя мед. организации: _____