Главному врачу Смирнову М. Н.
Общество с ограниченной ответственностью
"Поликлиника "Полимедика
Новгород Великий"
Новгородская область, Новгородский район,
рп Панковка, улица Промышленная,
дом 1 пом.9
От _____
(Ф.И.О. полностью)

_____

ЗАЯВЛЕНИЕ №
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня (моего ребенка) _____
(Ф.И.О. полностью)

_____
для медицинского обслуживания в Общество с ограниченной ответственностью "Поликлиника "Полимедика Новгород Великий"

Дата рождения: _____
Пол: _____

Наименование страховой организации, выдавшей полис ОМС: _____
Номер полиса ОМС: _____
Дата окончания действия полиса ОМС (в случае временного полиса): _____

Гражданство: _____
Место рождения:
Место жительства: _____
Место регистрации (если имеется):
Дата регистрации:

Паспорт (или другой документ, удостоверяющий личность): _____
Серия: _____ № _____, выдан _____
(название органа, выдавшего документ)

_____

СНИЛС: _____

Контактный телефон: _____
ФИО представителя: _____
Документ, на основании которого является законным представителем гражданина (документ, вид, номер, дата и место выдачи): _____
Документ, удостоверяющий личность представителя: _____
Контактный телефон представителя: _____

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

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен

_____ _____
(подпись) (Дата)