

Главному врачу Мельникова Наталья Сергеевна
(фамилия, имя, отчество)

ОГБУЗ Усольская городская больница
(название медицинской организации)

665462, РОССИЯ, ИРКУТСКАЯ ОБЛ, Г УСОЛЬЕ-СИБИРСКОЕ, КУЙБЫШЕВА УЛ, д.4
(адрес медицинской организации)

От _____
(фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь

(подчеркнуть) для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи к
ОГБУЗ Усольская городская больница

(название медицинской организации)

Участковый врач _____
(фамилия, имя, отчество)

Сведения о гражданине

Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Пол муж. ☐ жен. ☐ (нужное отметить знаком “V”) Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

Место рождения: _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Вид документа, удостоверяющего личность _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____ Гражданство: _____
(название государства; лицо без гражданства)

Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

почтовый индекс

Субъект Российской Федерации: _____
(республика, край, область, округ)

район _____ город _____

населённый пункт _____ улица (проспект, _____
(село, поселок и т.п.) переулок и т.п.)

№ дома (владения) _____ корпус (строение) _____ квартира _____ дата регистрации по месту жительства _____

☐ лицо без определенного места жительства

Адрес места пребывания

почтовый индекс

Субъект Российской Федерации: _____
(республика, край, область, округ)

район _____ город _____

населённый пункт _____ улица (проспект, _____
(село, поселок и т.п.) переулок и т.п.)

№ дома (владения) _____ корпус (строение) _____ квартира _____

Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:

Вид документа _____ Серия _____ Номер _____

Когда и кем выдан _____

Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)

Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____

Контактный телефон: домашний _____ служебный _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина серия _____ номер _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь на момент подачи заявления:

Сведения о представителе застрахованного лица

Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать ☐ отец ☐ иное ☐ (нужное отметить знаком V)

Вид документа, удостоверяющего личность _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

Контактный телефон: _____

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись) _____ (расшифровка подписи) Дата: _____
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____
(подпись) _____ (расшифровка подписи)

Решение о прикреплении _____

Дата _____ М.П.
(число, месяц, год)