Главному врачу

фамилия, имя, отчество ее руководителя

**Государственное учреждение здравоохранения "Поликлиника № 2"**

наименование медицинской организации

**400007 обл. Волгоградская г. Волгоград пр-кт. Металлургов д. 8**

фактический адрес медицинской организации

От гражданина

фамилия, имя, отчество (при наличии)

гражданство

данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, когда и кем выдан)

место жительства (адрес для оказания медицинских услуг на дому при вызове медицинского работника)

наименование СМО, выбранной гражданином, номер полиса ОМС (№ временного свидетельства, подтверждающего оформление полиса ОМС)

наименование и адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления

Представитель гражданина

фамилия, имя, отчество (при наличии), отношение к гражданину

место регистрации

данные документа, удостоверяющего личность (серия, номер, кем и когда

данные документа, подтверждающего полномочия представителя

контактная информация

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:
Прикрепить с . . 20 г.
Участок №

Врач - _____

Отказать в прикреплении в связи

подпись Ф.И.О. главного врача

" " 20 г.

М. П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

"____" _____ 20____ г.

Копию заявления получил

подпись инициалы, фамилия заявителя или его представителя

# ЗАЯВЛЕНИЕ
## о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня к Вашей медицинской организации для получения медико- санитарной помощи.

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

" " 20

подпись фамилия и инициалы

Дата и время регистрации заявления: " " 20

Контактный телефон