

Главному врачу Поликлиники РУТ (МИИТ)
Айрапетяну С.М.

От гр. _____

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации
по профилю « ТЕРАПИЯ »

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)
дата рождения _____, пол _____ мужской/женский _____,
число, месяц, год _____
нужное
подчеркнуть
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
поликлинике Российского Университета Транспорта (РУТ(МИИТ))
Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N _____
_____, выдан
страховой медицинской организацией _____
"___" _____ года.

Домашний адрес: _____
по постоянной регистрации, по временной регистрации,
по месту фактического проживания без регистрации
(нужное подчеркнуть)

Место регистрации: _____ дата
_____ регистрации _____
Прикреплен к медицинской организации _____
(наименование)

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть,
если не прикреплен к медицинской организации)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность _____):
серия _____ N _____, выдан "___" _____ год _____

(наименование органа, выдавшего документ)

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

"___" _____ 20__ года Личная подпись _____ (_____)
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" _____ 20__ года _____:
РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "___" _____ 20__ года Участок N _____ Врач - _____
Отказаться в прикреплении в связи _____

(подпись) (ФИО главного врача)

"___" _____ 20__ года

М.П.

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

"___" _____ 20__ г. Получил копию заявления _____
(подпись) (ФИО)