

Главному врачу
ГБУЗ ПО «Великолукская СП»
Щукину Д.В.

От _____

ФИО полностью

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество)

прошу прикрепить моего ребенка, чьим законным представителем я являюсь для оказания первичной медико-санитарной помощи к **ГБУЗ ПО «Великолукская стоматологическая поликлиника»**.

Ф.И.О. ребенка _____ Дата рождения _____

Полис ОМС № _____ Наименование страховой МО _____

СНИЛС _____ Телефон _____

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Свидетельство о рождении _____

серия, номер, дата выдачи, кем выдан

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 РФ.

Дата _____

Подпись _____

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с "___" _____ 20___ года Врач _____

Отказать 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)