

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

От _____

ФИО полностью

**ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации**

Я,

_____ (фамилия, имя, отчество)

Дата рождения _____, пол _____ (мужской/женский),
прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к
ГАУЗ ПО «Великолукская стоматологическая поликлиника».

Полис ОМС № _____ Наименование страховой МО

СНИЛС _____ Телефон _____
Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Паспорт _____

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)