Главному врачу поликлиники РУТ(МИИТ)
Осипову С.Д.

От гр._____

_____
(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации
по профилю «**СТОМАТОЛОГИЯ**»

Я, _____ ,
(Ф.И.О. полностью)

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 ПОЛИКЛИНИКИ РУТ (МИИТ):

Прикрепить с " ___ " _____ 20 года Участок N _____ 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)