

**УПРАВЛЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
АДМИНИСТРАЦИИ ДМИТРОВСКОГО МУНИЦИПАЛЬНОГО РАЙОНА
МБУЗ «ДМИТРОВСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»**

141800 Московская область, г.Дмитров, ул.Больничная, д.7.
Тел., факс: 8(495)993-91-30- главный врач, 8(495)993-92-05 – зам.гл.врача .
E – mail: hosp-dmitrov@rambler.ru ОКПО 01935017, ОГРН 1025001096361,
ИНН\КПП 5007003296\500701001

Исх. № _____ от _____ 201 _ г.

Главному врачу (ф.и.о.)

адрес : _____

(наименование и адрес медицинской организации в которой гражданин находится на мед. обслуживании на момент подачи заявления о прикреплении к МБУЗ «Дмитровская городская больница») _____
адрес электронной почты _____

МБУЗ «Дмитровская городская больница» на основании приказа Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2012г. №406 н « Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» просит подтвердить сведения, указанные в заявлении о выборе МБУЗ «Дмитровская городская больница» для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, гражданином (Ф.И.О)

пол _____, дата рождения _____,
место рождения _____,
гражданство _____,
данные документа, предъявляемого согласно пункту 5 приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2012г. № 406 н _____
выдан _____

место регистрации _____

дата регистрации _____
полис обязательного мед.страхования гражданина: _____
наименование страховой медицинской организации _____

Ваша медицинская организация указана гражданином как оказывающая ему медицинскую помощь, в которой он обслуживается на момент подачи заявления в МБУЗ «Дмитровская городская больница».

Подтверждение данных необходимо для решения вопроса о прикреплении гражданина на медицинское обслуживание к МБУЗ «Дмитровская городская больница», т.к. фактически гражданин проживает по адресу: _____

Главный врач _____

Тюрина О.В.