

- 1) В МБУЗ «Дмитровскую городскую больницу» расположенную по адресу : 141800 Московская область, г.Дмитров,ул.Больничная, д.7
- 2) Главному врачу Тюриной О.В.
- 3) От гражданина _____

(ф.и.о. полностью)

Пол _____ дата рождения _____
место рождения _____

Гражданство _____

Данные документа, согласно п.5 приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 N 406 н место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника)

выдан _____

место регистрации _____

дата регистрации _____

контактная информация _____

(Можно заполнять
ручкой)

- 4) информация о представителе гражданина (в т.ч законном представителе):

ф.и.о _____

отношение к гражданину _____

данные документа, предъявляемого согласно п.5 приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 N 406н

контактная информация _____

- 5) номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина _____

- б) наименование страхов. мед.организации, выбранной гражданином _____

- 7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления

ЗАЯВЛЕНИЕ

О ВЫБОРЕ ГРАЖДАНИНОМ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПРИ ОКАЗАНИИ ЕМУ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ГАРАНТИЙ БЕСПЛАТНОГО ОКАЗАНИЯ ГРАЖДАНАМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Прошу прикрепить меня (ф.и.о.) _____

к МБУЗ «Дмитровская городская больница » для оказания мне / ему (нужное подчеркнуть) медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

Дата _____ г. Подпись заявителя или его представителя _____ / _____

Согласие участкового врача – терапевта (участкового педиатра, врача общей практики) на прикрепление получено, не получено (нужное подчеркнуть).

Дата прикрепления _____

Подпись врача _____ Аникина М.В. Глав. врач МБУЗ ДГБ _____ Тюрина О.В.