

Приложение 3

**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.

В страховую медицинскую организацию

Адрес: списать со страхового полиса

адрес электронной почты

УВЕДОМЛЕНИЕ.

МБУЗ «Дмитровская городская больница» в соответствии с приказом Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2012г. № 406 н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказание ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» уведомляет Вас о принятии на медицинское обслуживание в МБУЗ «Дмитровская городская больница» гражданина, выбравшего Вашу страховую медицинскую организацию.

(Ф.И.О.гражданина полностью в именительном падеже)

пол _____, дата рождения _____,

место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове
медицинского работника) _____

место регистрации _____

дата регистрации _____,

Главный врач _____ Тюрин О.В.