

**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](mailto:hosp-dmitrov@rambler.ru) ОКПО 01935017, ОГРН 1025001096361,  
ИНН\КПП 5007003296\500701001

Исх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 201 \_ г.

**ОБРАЗЕЦ**

Главному врачу (ф.и.о.)  
**Поляковой М.И.**  
адрес : **Поликлиника № 12 г.Москвы**  
**г.Москва ул. Лескова д.1**  
(наименование и адрес медицинской  
организации в которой гражданин  
находится на мед. обслуживании на  
момент подачи заявления о прикреп-  
лени к МБУЗ «Дмитровская городская  
больница)  
адрес электронной почты  
**(Ivanovivan1960@yandex.ru)**

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)

**ИВАНОВЫМ ИВАНОМ ИВАНОВИЧЕМ**

пол \_\_\_\_\_ м \_\_\_\_\_ , дата рождения \_\_\_\_\_ 1.04.1960 \_\_\_\_\_ ,

место рождения

\_\_\_\_\_ г.Москва \_\_\_\_\_ ,

гражданство \_\_\_\_\_ РФ \_\_\_\_\_ ,

**данные документа**, предъявляемого согласно пункту 5 приложения к приказу

Минздравсоцразвития РФ от 26 апреля 2012г. № 406 н **Паспорт Сер. 46-10 №**  
**123456** выдан **01.04.2010 Хорошевским ОВД г. Москвы**

место регистрации **г.Москва , ул. Лескова д.104 к.3 кв. 232**

дата регистрации \_\_\_\_\_ **01.03.1992 г.**,

полис обязательного мед.страхования гражданина: **сер.770000 № 123456789 от 12.04.2010**

наименование страховой медицинской организации **МАКС -М г.Москвы**

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: **Московская обл. Дмитровский р-н., с. Озерецкое ул.**  
**Тенистая д.1 кв. 1**

Главный врач \_\_\_\_\_

Тюрина О.В.