

- 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 **Иванова Ивана Ивановича**  
(ф.и.о. полностью)  
Пол м дата рождения **01.04.1960 г.**  
место рождения **г. Москва**

гражданство **РФ**

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)

**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.**

контактная информация **т. 8(925) 123-45-67**

- 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 **сер.770000 № 123456789 от 12.04.2010 г.**
- б) наименование страхов. мед.организации, выбранной гражданином **МАКС-М**
- 7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления **Поликлиника № 12 г.Москвы, г.Москва ул. Лескова д.1**

### **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.) **Иванова Ивана Ивановича**

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

Дата **13.01.2013** г. Подпись заявителя или его представителя \_\_\_\_\_ / Иванов И.И  
Согласие участкового врача – терапевта ( участкового педиатра, врача общей практики ) на прикрепление получено, не получено (нужное подчеркнуть).

Дата прикрепления **13.01.2013 г.**

Подпись врача \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Глав. врач МБУЗ ДГБ \_\_\_\_\_ Тюрина О.В.