

- 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(ки) **Ивановой Елены Ивановны**
(ф.и.о. полностью)

Пол ж дата рождения **01.04.2001 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)

Свидет. о рожд. Сер. I-МЮ №123456 выдан **12.04.2001**
Хорошевским отделом ЗАГС г. Москвы

ОБРАЗЕЦ (для ребёнка до 18 л)

(Можно заполнять
ручкой)

место регистрации **г. Москва, ул. Лескова д.104 к.3 кв. 232**
дата регистрации **01.05.2001 г.**
контактная информация **т. 8(925) 123-45-67**

- 4) информация о представителе гражданина (в т.ч законном представителе):
- 5) ф.и.о **Иванов Иван Иванович**
отношение к гражданину(ке) отец
данные документа, предъявляемого согласно п.5 приложения к приказу Минздравсоцразвития РФ от 26.04.2012 N 406н
Паспорт Сер. 46-10 № 123456 выдан **01.04.2010**
Хорошевским ОВД г. Москвы
контактная информация **т. 8(925) 123-45-67**
номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина **сер.770000 № 987654321от 13.04.2001 г.**
- 6) наименование страхов. мед.организации, выбранной гражданином **РОСНО -МС**
- 7) наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления
Детская Поликлиника № 123 г.Москвы ул. Лескова д.19

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.) **Иванову Елену Ивановну**

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.