

141506 М.О
г.Солнечногорск
мк-рп Рекинцо

Тел.: 994-14-30
Факс: (4962) 64-46-35
solncrb@mail.ru

ЗАЯВЛЕНИЕ

В рамках реализации права выбора медицинской организации на получение медицинской помощи по программе государственных гарантий бесплатной медицинской помощи, прошу **прикрепить** меня на медицинское обслуживание и льготное лекарственное обеспечение в ГБУЗ МО «СЦРБ».

В соответствии с требованиями приказа Минздравсоцразвития РФ от 26.04.12г №406-Н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» сообщаю о себе следующие сведения:

Ф.И.О _____

пол: _____ **дата рождения:** _____ **гражданство:** _____

данные документа, тип документа _____ **серия, номер** _____

выдан _____

_____ **дата** _____

место

жительства: _____

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

место регистрации _____

дата регистрации: _____ **телефон:** _____

полис ОМС: _____ **дата выдачи** _____

наименование страховой медицинской организации: _____

СНИЛС: _____

наименование и фактический адрес медицинской организации, к которой гражданин прикреплен на момент подачи заявления _____

Моим законным представителем является:

фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

отношение к гражданину: _____

данные документа: тип документа, серия,

номер _____

выдан: _____

телефон: _____

(контактная информация)

В течение года изменений прикреплений по заявлению к медицинским организациям, не связанных со сменой места жительства не имею.

Дата _____ Подпись _____