

Главному врачу
БУЗ ВО «ВГКП №1»
Белозеровой Е.В.
от

*Написать свою
фамилию, имя и отчество*
(ФИО гражданина)

**Заявление № не заполнять от не заполнять
о выборе медицинской организации**

Я, Написать свою фамилию, имя и отчество, дату и год рождения «__» ____ Г.
(ФИО гражданина) (дата рождения)

подтверждаю выбор БУЗ ВО «ВГКП №1», а также лечащего врача: не заполнять
(ФИО врача)

- врача-терапевта участкового / врача общей практики / врача-педиатра участкового (нужное подчеркнуть).

Адрес проживания написать адрес проживания в г. Воронеже
(по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту фактического проживания, без регистрации – нужно подчеркнуть)

Адрес постоянной регистрации написать адрес регистрации места жительства по паспорту
(по паспорту)

Причина прикрепления: выбор учреждения 1 раз в год / фактическое проживание / сотрудник.
(не подчеркивать)
(нужное подчеркнуть)

Находится на обслуживании в медицинской организации написать лечебное учреждение, в котором вы
обслуживались до настоящего времени
(название МО на момент подачи заявления)

Документ, удостоверяющий личность: паспорт серия 4-х значный номер номер 6-значный номер
Выдан написать название организации, выдавшей паспорт «Дата выдачи паспорта», месяц выдачи
2017г.

Полис ОМС: серия 11-значный номер только для бумажного варианта номер написать 16-ти
значный номер дата выдачи полиса написать дату выдачи
название страховой организации написать точное название страховой компании, выдавшей полис

Контактный телефон: написать номер своего мобильного телефона

Добровольная дополнительная информация:

- имею / не имею (нужное подчеркнуть) инвалидность написать группу I, II, III, детства группы;
- имею / не имею (нужное подчеркнуть) федеральные / региональные льготы; (нужное подчеркнуть)
- состою / не состою на учете у врача-специалиста (нужное подчеркнуть): кардиолога, невролога, онколога,
эндокринолога, гематолога, уролога. (нужное подчеркнуть, если вы состояли на учете в лечебном
учреждении)

Я ознакомлен(а) с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров,
врачей-педиатров участковых, врачей общей практики и сведениями о территориях обслуживания
указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Личная подпись: Поставить свою подпись Дата: «написать число» написать месяц 2017 г.

Подпись руководителя структурного подразделения или зам. гл. врача не заполнять / не заполнять /
(расшифровка)

Лечащий врач: «согласен» / «не согласен» подпись не заполнять / не заполнять /
(расшифровка)

Решение главного врача:

Зарегистрировать с «не заполнять» не заполнять 2017 г. не заполнять / Белозерова Е.В./
(подпись)

Отказать в регистрации в связи с не заполнять
не заполнять / Белозерова Е.В./

(подпись)

ФИО сотрудника, принявшего заявление не заполнять

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки «не заполнять»
не заполнять 2017г.

Копию заявления получил не заполнять / не заполнять /
(подпись) (ФИО)

Данное прикрепление действительно в течение 2017 года и далее продлевается до момента выбора гражданином другой мед.организации. Выбор мед.организации осуществляется не чаще, чем один раз в календарный год.