

к Порядку о прикреплении граждан для получения первичной медико-санитарной помощи
в ГАУЗ ПО «Великолукская СП»

«Разрешаю прикрепление к обслуживанию»

ГАУЗ ПО "Великолукская СП"

Псковская область, г. Великие Луки,
пр. Гагарина д.9

Главному врачу

ГАУЗ ПО "Великолукская СП"

Псковская область, г. Великие Луки, пр. Гагарина д.9

ФИО

Главный врач

подпись (_____
ФИО)От _____

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня (либо лицо, законным представителем которого я являюсь) к медицинской организации в связи с (нужное выделить знаком "V"):

- ☐ первичным выбором медицинской организации;
☐ выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение года;
☐ выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства.

Сведения о застрахованном лице:

Фамилия: _____
 Имя: _____
 Отчество (при наличии): _____
 Пол: _____
 Дата рождения: _____
 Место рождения: _____
 Гражданство: _____
 Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): _____

 Полис обязательного медицинского страхования (номер): _____
 СНИЛС: _____
 Телефон: _____

Сведения о представителе застрахованного лица (в том числе законном представителе):

Фамилия: _____
 Имя: _____
 Отчество (при наличии): _____
 Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): _____
 Телефон: _____

Я ознакомлен(а) с перечнем врачей-специалистов, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому.

Подпись застрахованного лица (законного
представителя): _____

Дата «____» _____ 20____ г.