

Руководителю медицинской организации

(наименование и фактический адрес
медицинской организации)

(фамилия, имя, отчество руководителя
медицинской организации)

Заявление

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

I. Информация о гражданине

1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. жен.

1.5. Дата рождения _____ г.

1.6. Место рождения _____

1.7. Гражданство _____

1.8. Полис ОМС: № _____

1.9. Страховая медицинская организация _____

1.10. СНИЛС _____

1.11. Документ, удостоверяющий личность: вид документа _____

серия _____ номер _____ дата выдачи _____

кем выдан _____

1.12. Адрес фактического проживания:
город (село, деревня, ...) _____

район _____

область (край, республика) _____

адрес (улица, дом, корпус, квартира) _____

1.13. Дата регистрации по месту жительства _____

1.14. Контактный телефон: код _____ домашний _____ рабочий _____

сотовый _____

Адрес электронной почты _____

Прошу прикрепить меня к медицинской организации _____
(наименование МО)

для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, порядок, условия и критерии доступности которой определены программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Нижегородской области бесплатной медицинской помощи на текущий год.

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находился на обслуживании на момент подачи заявления _____

Осознаю, что я буду откреплен(а) от медицинской организации, _____

_____ (наименование МО)

в которой ранее получал медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица _____

_____ г.

(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) при оказании медицинской помощи на дому

_____ (подпись заявителя)

Подпись руководителя
медицинской организации _____ (Ф.И.О.)

_____ г.

(дата)