

От _____

Заявление № _____

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить _____

(меня или застрахованное лицо (Ф.И.О.), законным представителем* которого я являюсь)

к медицинской организации ГАУЗ «Альметьевская городская поликлиника №3»

в связи с (нужное выделить знаком «V»)

- первичным выбором медицинской организации;
- выбором медицинской организации в соответствии с правом замены один раз в течение календарного года;
- выбором медицинской организации в связи со сменой места жительства;
- прекращением деятельности медицинской организации;
- откреплением от медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь исключительно детскому населению, в связи с достижением 18-летнего возраста

Сведения о застрахованном лице:

1. Ф.И.О. _____

2. Пол _____

3. Дата рождения _____

4. Место рождения _____

5. Паспорт (другой документ удостоверяющий личность) _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

выдан _____

6. Вид на жительство (для иностранных граждан, постоянно проживающих в РФ) _____

7. Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника) _____

8. Адрес регистрации (по постоянному месту жительства, по месту пребывания, отсутствие регистрации-нужное подчеркнуть) _____

9. Дата регистрации _____

10. Контактная информация _____

11. Страховой медицинский полис _____

12. Страховая медицинская организация _____ выдан _____

13. СНИЛС _____

14. Зарегистрирован в медицинской организации _____

(прежнее приращение)

Являюсь/является (нужное выделить знаком «V») – гражданином РФ

-лицом, имеющим право на медицинскую помощь в соответствии с Федеральным законом о беженцах:

-иностранным гражданином, постоянно проживающим в РФ, гражданство _____

-лицом без гражданства, постоянно проживающим в РФ _____

-иностранным гражданином, временно проживающим в РФ, гражданство _____

-лицом без гражданства, временно проживающим в РФ _____

Сведения о представителе застрахованного лица (заполняется при подаче заявления представителем застрахованного лица):

1. Ф.И.О. _____

2. Отношение к гражданину: отец, мать, иное (нужное подчеркнуть) _____

3. основания для представителя интересов застрахованного лица: несовершеннолетний ребенок, недееспособность, попечительство (нужное подчеркнуть) или другое (указать) _____

4. Документ, подтверждающий право законного представителя _____

5. Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) _____

(серия, номер, дата и место выдачи документа)

6. Контактная информация представителя _____

Подпись застрахованного лица (законного представителя) _____