

Главному врачу (руководителю)

(наименование мед. организации)

Заявление

О выборе гражданином медицинской организации (врача), оказывающей первичную медико-санитарную помощь

Я, _____,
(фамилия, имя, отчество)

проживающий(-ая) по адресу: _____

(адрес постоянного места жительства)

нахожусь на медицинском обслуживании в _____
(наименование медицинской организации, адрес)
застрахованный(-ая) по обязательному медицинскому страхованию в

(наименование страховой медицинской организации)
_____, полис обязательного медицинского страхования (временное
свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского
страхования) _____

(серия, номер)
выдан _____, настоящим подтверждаю выбор _____
(дата выдачи)

(наименование медицинской организации)
а также участкового врача _____

(Ф. И. О. врача-педиатра участкового)
для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.
С количество граждан, выбравших _____

(Ф. И. О. врача-педиатра участкового)
ознакомлен(а).

Дата _____

Подпись _____