

Представителя

Главному врачу
Пономаревой В.А.

Контактный телефон: 891035116548
СНИЛС ребенка: 123-748-601-00 от Семенова Ирина Николаевна
Место учебы: д/с, школа, 4/0 (Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, (мама, папа) Семенова Ирина Николаевна
(фамилия, имя, отчество)

Паспорт: 3845603457 от 14.02.2012 г. м. Курск
по кур. обл. в ЦАО г. Курска 14.02.2012
(вид документа, удостоверяющего личность, серия, N, кем и когда выдан)

прошу прикрепить гражданина (ребенка): Семенов Арсений Владимирович
(Ф.И.О. полностью)

дата рождения 14.10.2017, место рождения г. Курск,
число, месяц, год

пол: мужской/женский (нужное подчеркнуть),
гражданство РФ,
представителем/законным представителем (нужное подчеркнуть) которого я
являюсь:

указать основание: а) несовершеннолетний ребенок; б) недееспособность;
в) попечительство и т.д., а также вид, номер, дату и место выдачи
документа, подтверждающего право представителя/законного представителя
(нужное подчеркнуть)

выбора медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной
помощи к: ОБУЗ «КГДП № 5»
(полное название медицинской организации)
Г. Курск, ул. Верхняя Казацкая д. 152
(адрес местонахождения)

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) N 4697279742000042
выдан страховой медицинской организацией ВТБ
17.11.2017 года.

Домашний адрес: г. Курск В. Казацкая 43
по месту жительства, по месту пребывания, по месту фактического проживания
без регистрации (нужное подчеркнуть)
Адрес по месту регистрации (прописки): г. Курск Республикаская
Дата регистрации 24.10.2017. д/с № 15 ОБУЗ "КГДП № 5"
Прикреплен к медицинской организации ранее

Не прикреплен к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплен к
медицинской организации).
Вид документа, удостоверяющего личность регистрирующегося гражданина (ребенка)
Свид. о рождении, серия 1-ИИ N 603473
выдан 24.10.2017 года г. Курск
(наименование органа, выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения
первичной медико-санитарной помощи гражданином, представителем, законным
представителем (нужное подчеркнуть) которого я являюсь.

С порядком оказания неотложной медицинской помощи на дому по участковому
принципу с учетом территориальной доступности ознакомлен.
22.08.2018 года Подпись Семенова И.И. Сем.
(Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: " " 20__ года :

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:
Прикрепить с " " 20__ года гражданина _____
(фамилия, имя, отчество)

Участок N _____ Врач: _____
(фамилия, имя, отчество)

Отказать в прикреплении в связи _____

(подпись) (ФИО главного врача)
" " 20__ года

М.П.
По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на
руки.

" " 20__ года получил копию заявления _____ / _____
(подпись) (ФИО)