

Главному врачу РАСУЛ ТАИРОВИЧ АЖГАЛИЕВ
(фамилия, имя, отчество)
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области
"Городская поликлиника № 3"
(название медицинской организации)
РОССИЯ, АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ, Г АСТРАХАНЬ, АДМИРАЛА НАХИМОВА
УЛ, д 135
(адрес медицинской организации)
От ТЕСТ ТЕСТ ТЕСТ
(фамилия, имя, отчество)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе (замене) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь

Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) (нужное подчеркнуть) для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи

Сведения о гражданине

Фамилия ТЕСТ
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Имя ТЕСТ
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Отчество (при наличии) ТЕСТ
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Пол муж. жен. (нужное отметить знаком "V") Дата рождения: 04.06.2009
(число, месяц, год)

Место рождения: Г АСТРАХАНЬ
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

Вид документа, удостоверяющего личность Паспорт гражданина Российской Федерации

Серия 0000 Номер 000000 Дата выдачи 01.01.2010 Гражданство: РОССИЯ
(название государства; лицо без гражданства)

Адрес регистрации по месту жительства в Российской Федерации:

почтовый индекс

Субъект Российской Федерации: БАШКОРТОСТАН РЕСП
(республика, край, область, округ)

район УФИМСКИЙ Р-Н город КРАСНОЯРСКИЙ

населённый пункт _____ улица (проспект, СНТ РОМАШКА
(село, поселок и т.п.) переулок и т.п.)

№ дома (владения) 56 корпус (строение) _____ квартира 12 дата регистрации по месту жительства _____

лицо без определенного места жительства

Адрес места пребывания

почтовый индекс

Субъект Российской Федерации: АСТРАХАНСКАЯ ОБЛ
(республика, край, область, округ)

район _____ город АСТРАХАНЬ

населённый пункт _____ улица (проспект, 20 ЛЕТ ПОБЕДЫ
(село, поселок и т.п.) переулок и т.п.)

№ дома (владения) 12 корпус (строение) _____ квартира _____

Сведения о документе, подтверждающем регистрацию по месту жительства в Российской Федерации:Вид документа Паспорт гражданина Российской Федерации Серия 0000 Номер 000000

Кем и когда выдан 01.01.2010

Срок действия вида на жительство или другого документа, подтверждающего право на проживание (пребывание) на территории Российской Федерации (для иностранного гражданина и лица без гражданства):

с _____ по _____
(число, месяц, год) (число, месяц, год)Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) 00000000000

Контактный телефон: домашний _____ служебный _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина серия 3456 номер 123456

Наименование страховой медицинской организацииАСТРАХАНСКИЙ ФИЛИАЛ ЗАО "МАКС - М"**Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь на момент подачи заявления:**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Астраханской области "Городская поликлиника № 3"**Сведения о представителе застрахованного лица**Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (нужное отметить знаком V)

Вид документа, удостоверяющего личность _____

Серия _____ Номер _____ Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

Контактный телефон: _____

Достоверность и полноту указанных сведений подтверждаю

(подпись) _____ (расшифровка подписи) Дата: 15.12.2015
(число, месяц, год)

Заявление принял: _____ (подпись) _____ (расшифровка подписи)

Решение о прикреплении _____

Дата _____ (число, месяц, год) М.П.