(Ф.И.О. полностью)
от гр
Гараканову Александру Александровичу
Генеральному директору ООО «ЦСМ»

ЗАЯВЛЕНИЕ №_____

о выборе медицинской организации

Я,			
дата рождения, место р	(фамилия, имя, отчество)		
			——————————————————————————————————————
гражданство			экнуть),
прошу прикрепить меня для оказания	_	_	
Общество с ограниченной ответствен			
Полис обязательного медицинского ст			
выдан страховой медицинской органи			
Место регистрации	, да	ата регистрации	,
Место жительства (пребывания):			·
Паспорт (другой документ, удостовер			
выдан "" года			
			,
Контактная информация			,
Настоящим подтверждаю выбор Вашо медико-санитарной помощи и сог их обработке в соответствии с дей	гласие на использовани	е моих персональных д	данных при
··года		()
Дата и время регистрации заявления:	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	20 года	
РЕШЕНИЕ РУКОВОДИТЕЛЯ МЕД	ДИЦИНСКОЙ ОРГА	низации:	
Прикрепить с ""	_ 20 года. Участок.	№ Врач	
Отказать в прикреплении в связи с			
)		
""20 года.			
М.П.			
По требованию заявителя копия заявлорганизации выдана на руки "	пения с решением руко "	водителя медицинской 20 года.	
Получил копию заявления	()	

Информационное согласие

с условиями предоставления первичной медико-санитарной помощи

Я,	
дата рождения ""	года,
меня форме ознакомлен ответственны перечнем врачей специалистов и коли организацию.	ния о выборе медицинской организации я в доступной для ым сотрудником данной медицинской организации с ичеством граждан, выбравших данную медицинскую
оборудования).	зации медицинской помощи в неотложной и плановой медицинской организации необходимых ресурсных подразделений, лечебного или диагностического ности быть прикрепленным для получения первичной
медико-санитарной помощи только к	с одной медицинской организации.
(подпись)	(Ф.И.О. гражданина или законного представителя)
Лата оформления: ""	20 года