

613570, Кировская область, пгт. Кильмезь,
ул. Больничная, д. 15
КОГБУЗ "Кильмезская центральная районная
больница"
Главному врачу
Полуэктову Роману Владимировичу
Заявитель:

Заявление о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить к Вашей медицинской организации для оказания первичной медико-санитарной помощи в рамках Территориальной программы государственных гарантий по Кировской области.

	Пол:	
Адрес места рождения:		
Гражданство:		
Документ удостоверяющий личность		
Серия, номер документа:		
Когда и кем выдан:		
СНИЛС:		
Номер полиса:		
Страховая компания:		
Адрес регистрации:		
Дата регистрации:		
Адрес фактического проживания:		
Телефоны (10 цифр): домашний		мобильный
Представитель пациента:		
Статус представителя:		
Данные документа удостоверяющего личность представителя:		
Документ об опекунстве:		
Данные документа об опекунстве:	серия:	номер:
		Когда и кем выдан:
Прикрепляется к участку:		
<u>ЛПУ выбытия и адрес:</u>		

Подписывая, подтверждаю, что с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому ознакомлен(а).

Дата заявления:

Подпись заявителя _____

Решение главного врача _____