

Приложение №  
к Порядку учета застрахованных  
прикрепленных к медицинским  
Владимирской области для оказания  
медико-санитарной помощи  
территориально-участковой

<b>РЕШЕНИЕ</b> Администрации МО		Главному врачу _____ (наименование и адрес медицинской организации)
Дата _____	подпись _____	от _____ (ФИО заявителя в соответствии с документом)
М.П. _____		

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе медицинской организации

Прошу принять меня (гражданина, представителем которого я являюсь) на медицинское обслуживание.

Информация о гражданине, осуществляющем выбор МО:

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_  
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Пол: муж., жен. (нужное подчеркнуть)

Дата рождения: \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Место рождения: \_\_\_\_\_  
(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Гражданство: \_\_\_\_\_  
(название государства; лицо без гражданства)

Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

Адрес регистрации по месту жительства:

субъект Российской Федерации \_\_\_\_\_  
(республика, край, область, округ)

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, п.

улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

№ дома (владения) \_\_\_\_\_ корпус (строение) \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

Дата регистрации по месту жительства \_\_\_\_\_

Адрес места пребывания (указывается для оказания медицинской помощи на территории)

район \_\_\_\_\_ город \_\_\_\_\_ населенный пункт \_\_\_\_\_  
(село, посел.

улица (проспект, переулок и т.п.) \_\_\_\_\_

№ дома (владения) \_\_\_\_\_ корпус (строение) \_\_\_\_\_ квартира \_\_\_\_\_

№ полиса \_\_\_\_\_

Наименование СМО, застраховавшей гражданина \_\_\_\_\_

Наименование медицинской организации, в которой гражданин находится  
обслуживания на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

**Сведения о представителе гражданина:**

Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_

Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

(в соответствии с документом, удостоверяющим личность)

Отношение к гражданину \_\_\_\_\_

**Данные о документе, удостоверяющем личность представителя:**

Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_

Серия \_\_\_\_\_ Номер \_\_\_\_\_

Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

**Контактная информация:**

Телефон (с кодом): домашний \_\_\_\_\_; служебный \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Подпись лица, подающего заявление (представителя застрахованного) \_\_\_\_\_

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_

Заявление принял: \_\_\_\_\_

(подпись представителя медицинской организации) (расшифровка)

Дата \_\_\_\_\_

(число, месяц)