

ГБУЗ ВО «Киржачская ЦРБ»  
601010, Владимирская область,  
г. Киржач, Больничный проезд, д. 11А

### Запрос на открепление

Во исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 апреля 2012 года № 406-н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи», **просит вывести из регистра Вашей поликлиники пациента (ку):**

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Прикреплен (а) к медицинской организации по адресу:

Страховой полис \_\_\_\_\_

Страховая компания \_\_\_\_\_

СНИЛС (Свидетельство пенсионного страхования) \_\_\_\_\_

Данный пациент прикрепляется на медицинское обслуживание в объеме ОМС с правом / без права выписки льготных лекарственных препаратов.

Главный врач \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

### Открепление от поликлиники

В ответ на Ваш запрос № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 2012 г.

Администрация Городской поликлиники № \_\_\_\_\_ (округ) \_\_\_\_\_

информирует, что

Пациент(ка) \_\_\_\_\_

Зарегистрированный(-ая) по адресу \_\_\_\_\_

На медицинском обслуживании **состоял(а)/ не состоял(а)** (нужное подчеркнуть)

Выпиской лекарственных препаратов **пользуется/не пользуется** (нужное подчеркнуть)

Выведен из регистра территориального населения, снят(а) с льготного лекарственного обеспечения с \_\_\_\_\_ 2012г. (нужное подчеркнуть)

Амбулаторная карта выдана/не выдана на руки пациента. (нужное подчеркнуть)

Главный врач \_\_\_\_\_ (Ф.И.О., подпись)

Дата \_\_\_\_\_

МП