

ЗАЯВЛЕНИЕ
Информация о гражданине

1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. _____ жен. _____ (нужное отметить знаком "V")

1.5. Дата рождения: « ____ » _____ г.

1.6. Место рождения _____

1.7. Гражданство: _____

1.8. Полис ОМС: № _____

1.9. Страховая медицинская организация: _____

1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) (при наличии) _____

1.11. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:
вид документа _____

серия: _____ номер _____ дата выдачи: _____

кем выдан _____

1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:
город (село, деревня, ...) _____

район: _____

область (край, республика): _____

адрес (улица, дом, корпус, квартира): _____

1.13. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:
город (село, деревня, ...): _____

район: _____

область (край, республика): _____

адрес (улица, дом, корпус, квартира): _____

1.14. ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА _____

1.15. Контактный телефон: _____ домашний _____ рабочий _____

Адрес электронной почты: _____

II. Сведения о представителе

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к застрахованному лицу, _____ мать _____ отец _____ иное _____
сведения о котором _____ (нужное отметить знаком "V")
указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____

(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: _____ домашний _____ рабочий _____

Адрес электронной почты: _____

III. Прошу _____ прикрепить _____ меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации ГБУЗ НО «Детская городская поликлиника №19 Канавинского района» для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи порядок, условия и критерии доступности которой определены программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Нижегородской области бесплатной медицинской помощи на текущий год.

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится _____ на _____ обслуживании _____ на _____ момент _____ подачи заявления _____

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплен (а) от медицинской организации _____, (наименование МО)

в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица _____

« ____ » _____ 20 ____ г.

(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) при оказании медицинской помощи на дому _____ (подпись заявителя)

Подпись руководителя
медицинской организации _____

Бурова О.Н.
(ФИО)

« ____ » _____ 20 ____ г.

(дата)

м.п.