

Главному врачу (руководителю)

(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе гражданином медицинской организации (врача), оказывающей
первичную медико- санитарную помощь

Я, _____
(фамилия.имя, отчество)

проживающий (-ая) по адресу _____

(адрес постоянного места жительства)

нахожусь на медицинском обслуживании в _____
(наименование медицинской организации)

Застрахованный (-ая) по обязательному медицинскому страхованию в

(наименование страховой медицинской организации)

_____, полис обязательного медицинского страхования (временное
свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского
страхования) _____

(серия, номер)

Выдан _____, настоящим подтверждаю выбор) _____

(наименование медицинской организации)

а также участкового врача _____

(ФИО врача- терапевта, участкового врача, врача общей практики (семейного врача)

для получения первичной медико- санитарной помощи по участковому принципу.

С количеством граждан, выбравших _____

(ФИО врача – терапевта (педиатра) участкового, врача общей практики (семейного врача)

ознакомлен(а)

дата _____

(подпись)