|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | На основании приказа МЗ РФ от 26.04.2012 № 406н  "Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи"  Главному врачу  Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области  «Приморская центральная районная больница»  Коробейникову Сергею Викторовичу |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу прикрепить меня на амбулаторно-поликлиническое обслуживание в ГБУЗ Архангельской области "Приморская центральная районная больница"

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Адрес подразделения: |  | |
| К участковому врачу (фельдшеру): | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Имя | |  | | | | | | | | | | | | | |
| Отчество | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Пол |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Дата рождения | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Место рождения | | | | | | |  | | | | | | | | |
| Гражданство | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Адрес регистрации | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Адрес фактического проживания | | | | | | | | | | | |  | | | |
| Телефон | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Наименование страховой медицинской компании | | | | | | | | | | | | | | |  |
| Серия и номер полиса | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Дата выдачи полиса | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Наименование и адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на момент подачи заявления | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | |
| ФИО законного представителя: | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Отношение к гражданину: | | | | | | | | | |  | | | | | |
| Документ, подтверждающий личность: | | | | | | | | | | | | |  | | |
| Серия и номер: | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Кем и когда выдан: | | | | | | | |  | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись заявителя) |
|  | | |
| (ФИО специалиста принявшего заявление) | | |
|  |  |  |
| (Резолюция главного врача) |  | (Подпись) |