|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | 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 врачуГосударственного 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) |