Приложение №1

ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ»
г. Кстово, ул.Талалушкина, д.14
главному врачу
Гребёнкиной Е.В.

ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется лично заявителем)

I. 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. Полис ОМС: №_____ серия_____

1.6. Страховая медицинская организация:_____

1.7. Дата рождения: «____»_____ г.

1.8. Место рождения: _____

1.9. Гражданство:_____

1.10. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ*: тип документа:_____

серия: _____ , номер: _____ дата выдачи: _____

кем выдан:_____

АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:

город (село, деревня,...):_____

район:_____

область (край, республика):_____

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

1.11. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:

город (село, деревня, ...): _____

район:_____

область (край, республика):_____

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

1.13. ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА _____

1.14. Контактный телефон: код_____ домашний _____ рабочий _____

_____

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, сведения о котором указаны в заявлении: мать ☐ отец ☐ иное ☐ (нужное отметить знаком "V")

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____ (число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код _____ домашний _____ рабочий _____

_____

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации **ГБУЗ НО «Кстовская ЦРБ»** для получения в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи на текущий год.

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

Я осознаю, что буду открреплен(а) от медицинской организации _____
(наименование МО)

_____

в которой ранее получал (а) медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица _____

«___» _____ 20___ г.
(дата)

Я ознакомлен (а) с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) или фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи на дому, с территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (далее - территориальная программа), в том числе территориальной программой обязательного медицинского страхования

_____
(подпись заявителя)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) выбранного врача _____

_____

Подпись руководителя медицинской организации _____ _____
(ФИО)

«___» _____ 20___ г.
(дата)

м.п.

*В случае иностранных граждан, лиц без гражданства, лиц, признанных беженцами, заполняются сведения из документов данной категории граждан