

Главному врачу (руководителю)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
о выборе медицинской организации (врача)

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

проживающий (-ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(адрес постоянного места жительства)

застрахованный (-ая) по обязательному медицинскому страхованию в

\_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

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

\_\_\_\_\_ выдан

(серия, номер)

\_\_\_\_\_, настоящим подтверждаю выбор  
(дата выдачи)

\_\_\_\_\_, а также  
(наименование медицинской организации)

участкового врача

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача))

для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому  
принципу.

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)