

Главному врачу (руководителю)

(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации (врача)

Я, _____,
(Ф.И.О.)

являясь родителем (законным представителем

(Ф.И.О. ребенка, гражданина, признанного недееспособным)

(реквизиты свидетельства о рождении/реквизиты документа, удостоверяющего

право законного представительства)

проживающий(-ая) по адресу: _____

(адрес постоянного места жительства)

застрахованного(-ой) по обязательному медицинскому страхованию в

(наименование страховой медицинской организации заявителя)

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

(серия, номер)

выдан _____, настоящим подтверждаю выбор
(дата выдачи)

_____, а также участкового
(наименование медицинской организации)

врача _____,
(Ф.И.О.)

для получения _____
(Ф.И.О. ребенка, гражданина, признанного недееспособным)

первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

Дата _____

(подпись)