

Заявление на прикрепление к поликлинике

Главному врачу ГБУЗ МО "ДЦГБ" Бутенко И.П.

От _____
(Ф.И.О. гражданина)
" ____ " _____ года рождения, _____
(дата рождения) (указать место рождения)
зарегистрированного по адресу : _____
" ____ " _____ г.
(дата регистрации)

Заявление

Прошу прикрепить меня на медицинское обслуживание в поликлинику № 2,
г. Долгопрудный, Московское шоссе 23, корпус 5
к участковому врачу _____
(ФИО врача)

Фактически проживаю по адресу (указать адрес для оказания мед.помощи на дому):
г. Долгопрудный, мкр. _____
ул. _____ дом _____ корпус _____ квартира _____.
Паспорт серия _____ № _____ выдан " ____ " _____ г. _____
(когда и кем выдан)

Медицинский полис _____, выдан " ____ " _____
(дата выдачи полиса)
страховой компанией _____
(указать название страховой компании и регион страхования)

В данный момент нахожусь на мед.обслуживании в _____
(указать наименование, фактич. адрес (факс, адрес электронной почты - при наличии) мед.организации)

Контактный телефон _____

Дата _____ подпись _____

Резолюция :

Прикреплен на медицинское обслуживание в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи

Терапевтический участок № _____
Участковый врач _____ согласен _____
ФИО врача личная подпись врача

Для льготных категорий граждан:

Прикреплен на льготное лекарственное обеспечение
с " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г. Код категории льгот _____

В прикреплении отказано по причине

_____ (указать причину отказа)
Руководитель подразделения _____ (_____)

Главный врач _____ (И.П.Бутенко)
М.П.