

Главному врачу \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ЗАЯВЛЕНИЕ  
о выборе медицинской организации

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Пол \_\_\_\_\_ Дата рождения \_\_\_\_\_  
Место рождения \_\_\_\_\_  
Гражданство \_\_\_\_\_  
Свидетельство о рождении (до 14 лет) или паспорт гражданина РФ (с 14 лет) \_\_\_\_\_

Место регистрации \_\_\_\_\_  
Фактический адрес для оказания мед. помощи на дому \_\_\_\_\_  
Номер педиатрического участка \_\_\_\_\_  
При несовпадении фактического адреса с границами участка указать (без обслуживания на дому) \_\_\_\_\_  
№ полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_  
Наименование и фактический адрес мед. организации (поликлиники), оказывающей медицинскую помощь в которой гражданин находился на обслуживании до подачи заявления \_\_\_\_\_

Законный представитель гражданина, не достигшего 18-ти летия:  
Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Отношение к гражданину \_\_\_\_\_  
Паспорт гражданина РФ \_\_\_\_\_  
Контактная информация: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись)