

Главному врачу БУЗОО «ГП № 8»
М.Б.Костенко

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить
меня _____

_____ для медицинского обслуживания в БУЗОО «ГП № 8» (г. Омск. ул. Багратиона, дом 10)

Дата рождения _____

Пол _____

СНИЛС _____

Полис ОМС или иногородний

№ _____

Дата начала действия полиса _____

Наименование страховой медицинской организации, выдавший полис ОМС _____

_____ Гражданство _____

— Место рождения _____

Место жительства _____

Место регистрации _____

Дата
регистрации _____

Документ, удостоверяющий личность _____

серия _____ номер _____

_____ Контактный телефон _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, где наблюдался
ранее _____

С перечнем врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики
(семейных врачей) БУЗОО «ГП № 8» ознакомлен(а):

_____ / _____ /

подпись

« _____ » _____ 202__ года

_____ / _____ /

подпись