Главному врачу КГБУЗ «ВДП №3»

Нагибко Светлане Николаевне

от гр.

(Ф.И.О. полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Я, ,

 (фамилия, имя, отчество)

**прошу прикрепить гражданина**

(фамилия, имя, отчество)

дата рождения, место рождения ,

(число, месяц, год)

гражданство, пол мужской/ женский (нужное подчеркнуть),

представителем, которого я являюсь:

мать, отец, попечительство и т.д.

**паспорт:**

для оказания первичной медико-санитарной помощи к КГБУЗ «ВДП №3»

**СНИЛС** ребенка:

**Полис** обязательного медицинского страхования (временное свидетельство):

№, выдан страховой медицинской организацией:

**Место регистрации:**

дата регистрации

**Место жительства** (пребывания):

(адрес для оказания медицинской помощи на дому, указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплен/не прикреплен к медицинской организации

(наименование) **Свидетельство о рождении**, паспорт или другой документ, удостоверяющий личность прикрепляющегося гражданина:

серия№ , выдан "" г.

(наименование органа, выдавшего документ) **Контактная информация**:

**телефон:** , эл.почта:

""20г. Личная подпись( )