

Заявление.

Обязательное заполнение всех граф разборчиво !!!

Прошу прикрепить меня для оказания медицинской помощи к БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4»

ФИО _____

Дата рождения _____ Пол _____

Гражданство _____

Паспорт: серия _____ номер _____ дата и кем выдан _____

Место жительства _____

Место регистрации (данные паспорта) _____

Место работы или учёбы _____

Контактный телефон _____

Номер полиса ОМС _____ когда выдан _____

Наименование страховой медицинской организации _____

СНИЛС_ (Обязательно !) _____

Причина выбора БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4» (подчеркнуть)

смена места жительства, выбор поликлиники, другое (указать) _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

Извещён(а) и согласен(а) с тем, что в случае моего фактического проживания вне территории обслуживания поликлиники, закрепленной за ней приказами Департамента здравоохранения Вологодской области, обслуживание вызовов на дом по месту проживания осуществляться не будет. Ознакомлен(а) с перечнем врачей-терапевтов, врачей-терапевтов участковых, врачей общей практики (семейных врачей), фельдшеров, с количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании медицинской помощи на дому.

Указанные мною в заявлении данные являются полными и соответствующими действительности. Я извещен(а), что сообщение мною ложных или неполных сведений может послужить отказом в прикреплении меня к поликлинике. Заявление прочтено мною лично, все пункты мне ясны и понятны

Дата ____/____/20____ ФИО _____ Подпись /_____/