

Главному врачу БУЗОО
«Городская поликлиника № 13»
г. Омск ул. Яковлева 145

Мигунову В.П.

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня _____

для медицинского обслуживания в БУЗОО «Городская поликлиника №13»

Дата рождения _____

Пол _____

Полис ОМС: серия _____ № _____

Дата начала действия полиса _____

Наименование страховой организации, выдавшей полис ОМС

Гражданство _____

Место рождения _____

Место жительства _____

Место регистрации _____

Дата регистрации _____

Документ, удостоверяющий личность _____

Серия _____ № _____

Контактный телефон _____

Наименование и фактический адрес МО, где наблюдался ранее

С перечнем врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики
(семейных врачей) ознакомлен _____ /Подпись/

« ___ » _____ 20 ___ г.

Дата

Подпись