

Главному врачу  
ГАУЗ «СП №34 ДЗМ»  
Крутер И. В.

## ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО полностью)

дата рождения \_\_\_\_\_ пол: М  Ж

прошу прикрепить меня для оказания стоматологической ортопедической помощи к ГАУЗ «СП № 34 ДЗМ»

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_  
выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_

Место регистрации: \_\_\_\_\_ дата регистрации: \_\_\_\_\_

Домашний адрес: \_\_\_\_\_ тел.: (\_\_\_\_\_) / \_\_\_\_\_  
(если отличается от места регистрации).

Прикреплен (а) / не прикреплен (а) к медицинской организации:  
(нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации, если имеется прикрепление)  
Паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

П/удостоверение или др. документ подтверждающий принадлежность к льготной группе: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
(наименование органа выдавшего документ)

Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения стоматологической помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

С порядком оказания медицинской стоматологической помощи с учетом территориальной доступности ознакомлен (а).

\_\_\_\_\_ (личная подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

Причины прикрепления: \_\_\_\_\_

Дата и время регистрации заявления \_\_\_\_\_ =

РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:

Прикрепить с «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Отказать в прикреплении в связи с \_\_\_\_\_

Главный врач \_\_\_\_\_ Крутер И. В.

М.П. «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

По требованию заявителя может быть выдана копия заявления на руки.

Копию заявления получил (а):

\_\_\_\_\_ (личная подпись), \_\_\_\_\_ (ФИО полностью)

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.