

Руководителю медицинской организации
ООО «Медицинский центр Эстетика»
606000, обл. Нижегородская,
г. Дзержинск, б-р. Победы, Дом 2, пом. 2.
(наименование и фактический адрес
медицинской организации)

Новику Вадиму Александровичу
(фамилия, имя, отчество руководителя
медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

I. Информация о гражданине

1.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе,
удостоверяющем личность)

1.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе,
удостоверяющем личность)

1.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в
документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. жен. (нужное отметить знаком "✓")

1.5. Дата рождения: " ____ " _____ г.

1.6. Место рождения _____

1.7. Гражданство: _____

1.8. Полис ОМС: N _____

1.9. Страховая медицинская организация: _____

1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) (при наличии) _____

1.11. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: вид документа: _____
серия: _____ номер _____ дата выдачи: _____
кем выдан _____

1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:

город (село, деревня, ...): _____

район: _____

область (край, республика): _____

адрес (улица, дом, корпус, квартира): _____

1.13. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:

город (село, деревня, ...): _____

район: _____

область (край, республика): _____

адрес (улица, дом, корпус, квартира): _____

1.13. ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА _____

1.14. Контактный телефон: код _____ домашний _____ рабочий _____

Адрес электронной почты: _____

II. Сведения о представителе

2.1. Фамилия _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе,
удостоверяющем личность)

2.2. Имя _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе,

удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) _____
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.4. Отношение к застрахованному лицу, мать отец иное (нужное отметить знаком "✓")
сведения, о котором указаны в заявлении:

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____

2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя: _____

2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____

2.8. Дата выдачи _____
(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код _____ домашний _____ рабочий _____
Адрес электронной почты: _____

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации _____ **ООО «Медицинский центр Эстетика»** _____
(наименование МО)

для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, порядок, условия и критерии доступности, которой определены программой государственных гарантий бесплатного оказания населению Нижегородской области медицинской помощи на текущий год.

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

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплен(а) от медицинской организации _____,
(наименование МО)

в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица _____
"___" _____ 20__ г.
(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) при оказании медицинской помощи на дому _____
(подпись заявителя)

Подпись руководителя медицинской организации _____ (Ф.И.О.)

"___" _____ 20__ г.
(дата)