

К заявлению приложить
к/копии:
-м/полис с 2х сторон,
- свид-во о рожд.,
- сведения о прописке (паспорт
представителя)

Главному врачу
ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 6 г. Уфы
(450057, г. Уфа, ул. Новомостовая, 9
С.В.Викторову

от _____

(Ф.И.О. родителя / опекуна / представителя)

(документ, подтверждающий личность представителя)

(документ, подтверждающий полномочия представителя)
родителя / опекуна / законного представителя

(Ф.И.О. представляемого)

Сведения о представляемом:

пол _____ дата рождения _____

место рождения _____

гражданство _____

паспорт (св. о рожд.): серия _____ № _____

кем и когда выдан _____

адрес фактического проживания _____

адрес регистрации _____

дата регистрации _____

номер полиса ОМС _____

наименование страховой медицинской организации:

наименование и адрес медицинской организации, в
которой обслуживался на момент подачи заявления:

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить моего ребенка / опекаемого / представляемого мною к Вашему лечебному учреждению **сроком на один год** в рамках реализации права пациента на выбор муниципальной организации в соответствии с частью 1 статьи 21 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

« ____ » _____ 20__ г.

(подпись)