

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

От _____

Пол _____ дата рождения _____

место рождения _____

Гражданство _____

паспортные данные: 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 обслуживались на момент подачи заявления:

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня к Вашему медицинскому 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) _____