

Главному врачу
Санкт-Петербургского государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
«Стоматологическая поликлиника № 18»
Алескерову Д.Ш.
196653, Санкт-Петербург, г. Колпино,
ул.Веры Слуцкой, д.9, лит.А

от

фамилия, имя, отчество (при наличии)

Заявление

о выборе медицинской организации для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории Санкт-Петербурга, в котором проживает заявитель

Я, _____
фамилия, имя, отчество (при наличии)

Пол: _____, дата рождения _____,
место рождения _____

_____ гражданство _____

данные документа, удостоверяющего личность:
наименование: _____ серия _____ № _____
выдан _____

_____ дата выдачи _____
Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове
медицинского работника): _____

Место регистрации): _____

Дата регистрации _____ Контактная информация, в т.ч.
номер контактного телефона _____,

в лице **(заполняется в случае подписания заявления представителем):**
информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе):

_____ фамилия, имя, отчество (при наличии)

отношение _____ К
гражданину _____

данные документа, удостоверяющего личность:
наименование: _____ серия _____ № _____
выдан _____

_____ дата выдачи _____
Контактная информация, в т.ч. номер контактного телефона _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина _____

Наименование страховой медицинской организации, выбранной гражданином _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

выбираю Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 18» для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории Санкт-Петербурга, в котором в настоящий момент проживаю.

« ____ » _____ 2015 ____ г.

_____/_____/_____
Ф.И.О.

С перечнем врачей, количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи ознакомлен(а):

« ____ » _____ 2015 ____ г.

_____/_____/_____

Не возражаю

_____ 2015 год

Главный врач СПб ГБУЗ СП-18


_____ Алескеров Д.Ш.

