

Главному врачу (руководителю)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес медицинской организации)

от \_\_\_\_\_

(Ф.И.О. полностью)

**ЗАЯВЛЕНИЕ №  
о выборе медицинской организации**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф.И.О.)

(Дата  
рождения)

подтверждаю  
выбор

\_\_\_\_\_ (полное наименование медицинской организации)

а также участкового  
врача

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача педиатра участкового, врача общей практики –  
нужное подчеркнуть)

Полис ОМС: J (серия) (номер)

(1 – полис старого образца, 2 – временное свидетельство, 3 – полис единого образца)

«Название страховой организации»

\_\_\_\_\_ (название страховой организации)

⟨ \_\_\_\_ ⟩ \_\_\_\_\_  
(дата выдачи полиса)

Гражданство \_\_\_\_\_

Место рождения \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

(адрес проживания по постоянной регистрации, по временной регистрации, по месту  
фактического проживания, без регистрации - нужное подчеркнуть)

Место и дата регистрации (если  
имеется) \_\_\_\_\_

Находится на обслуживании в медицинской  
организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (название медицинской организации)

расположенной по  
адресу \_\_\_\_\_

Не находится на обслуживании в медицинской организации (подчеркнуть, если не находится на  
обслуживании в медицинской организации).

Паспорт (или другой документ, удостоверяющий личность) **Паспорт гражданина РФ**

Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан ⟨ \_\_\_\_ ⟩ \_\_\_\_\_

выдан (название органа,  
выдавшего документ) \_\_\_\_\_

Контактный  
телефон \_\_\_\_\_

Личная подпись

«

\_\_\_\_\_»

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА**

зарегистрировать с \_\_\_\_\_.

Отказать в регистрации в  
связи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО главного  
врача)

\_\_\_\_\_

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки

\_\_\_\_\_

Получил копию  
заявления \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(ФИО)