Российская Федерация Ставропольский край
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Ставропольского края
«ГЕОРГИЕВСКАЯ ГОРОДСКАЯ ДЕТСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА»

357821 Ставропольский край
г. Георгиевск, Мира ул., д. 9
Телефон, факс: (87951) 6-01-19

Главному врачу
ГБУЗ СК «Георгиевская ГДП»
И.Б.Боевой

_____

_____
Ф.и.о. заявителя

ЗАЯВЛЕНИЕ
О выборе медицинской организации

Прошу Вас прикрепить моего ребенка к ГБУЗ СК «Георгиевская ГДП»

_____
Фамилия, имя, отчество, пол ребенка

_____
дата рождения | Место рождения

_____
гражданство | адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника

_____
место жительства

_____
место регистрации, дата регистрации

_____ | _____ | _____
серия, номер документа, удостоверяющего личность | номер полиса обязательного мед.страхования | СНИЛС (при наличии)

_____
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

Информация о законном представителе гражданина:

_____ | _____
фамилия, имя, отчество | отношение к гражданину

_____ | _____
серия и номер документа, удостоверяющего личность представителя | контактная информация

_____ | _____
дата заявления | подпись