

Руководителю

ЗАЯВЛЕНИЕ
(заполняется законным представителем)
I. Информация о гражданине

- 1.1. Фамилия _____
- 1.2. Имя _____
- 1.3. Отчество (при наличии) _____
- 1.4. Пол: муж. жен.
- 1.5. Дата рождения: _____
- 1.6. Место рождения _____
- 1.7. Гражданство: _____
- 1.8. Полис ОМС: № _____
- 1.9. Страховая медицинская организация: _____
- 1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
- 1.11. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: _____
серия: _____ номер _____ дата выдачи: _____
- 1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ: _____
- 1.13. АДРЕС ПОСТЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ: _____
- 1.14. Контактный телефон: код _____ домашний _____ рабочий _____
мобильный _____
- 1.15. e-mail _____

II. Сведения о представителе (при оказании медицинской помощи детям)

- 2.1. Фамилия _____
- 2.2. Имя _____
- 2.3. Отчество (при наличии) _____
- 2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (нужное отметить знаком "V")
- 2.5. Вид документа, удостоверяющего личность _____
- 2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающие полномочия законного представителя: _____
- 2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____
- 2.8. дата выдачи: _____
(число, месяц, год)
- 2.9. Контактный телефон: код _____ домашний _____ рабочий _____
мобильный _____

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации

_____ для получения стоматологической помощи в рамках территориальной программы ОМС

III. Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления

_____ Я, осознаю, что (представляемый) буду (будет) откреплен(а) от медицинской организации

_____ (наименование МО)
в которой ранее получал(а) стоматологическую помощь.

Подпись застрахованного лица _____

_____ г
Подпись руководителя
медицинской организации _____

_____ (Ф.И.О.)

_____ М.П.