

ГБУ РМЭ «Поликлиника №1 г. Йошкар-Олы»
Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола,
пр-кт Гагарина, д. 15
Варченко Галине Григорьевне

заявление

Прошу закрепить меня (лицо, чьим законным представителем я являюсь) для получения первичной медико-санитарной помощи за Вашей медицинской организацией, участковым врачом _____ (ФИО).

О себе (лице, чьим законным представителем я являюсь) сообщаю следующее:

ФИО _____
Пол _____ Дата рождения _____
Место рождения _____
Гражданство _____
Документ, удостоверяющий личность _____ серия _____ номер _____
выдан _____ (когда) _____ (кем)
Место регистрации (по документу) _____
Дата регистрации _____
Место фактического проживания _____
Телефон _____ (дом., сот.) e-mail _____
Полис ОМС _____ (номер)
Наименование СМО _____
ФИО и документ, удостоверяющий личность законного представителя _____

Выбор Вашей МО и врача осуществляю осознанно, ознакомившись с перечнем участковых врачей-терапевтов, фельдшеров, количеством граждан, выбравших указанных работников, территорией обслуживания поликлиники и врачей (фельдшеров) при оказании помощи на дому.

Согласен (согласна) на обработку персональных данных в медико-профилактических целях

Дата _____ подпись _____