

1	0	4	7	7	9	6	5	7	4	5	0	6
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Главному врачу НУЗ «Узловая поликлиника  
на станции Лосиноостровская ОАО «РЖД»  
Рябцевой Е.В.

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
**о выборе медицинской организации**

Я, (ФИО) \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ Пол: \_\_\_\_\_

*прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к*  
**НУЗ «Узловая поликлиника на ст.Лосиноостровская» ОАО «РЖД»**

Страховой медицинский полис (временное свидетельство) № \_\_\_\_\_  
, выдан страховой медицинской организацией \_\_\_\_\_  
Домашний адрес: \_\_\_\_\_

Прикреплен к медицинской организации \_\_\_\_\_

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность) Серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

Кем и когда выдан \_\_\_\_\_

*Настоящим подтверждаю выбор Вашей медицинской организации для получения первичной медико-санитарной помощи и согласие на использование моих персональных данных при их обработке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.*

**Я предупрежден(а), что в данном ЛПУ вызов врача на дом не осуществляется, выдача льготных лекарств не производится!**

"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Личная подпись \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

Дата и время регистрации заявления: "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года \_\_\_\_:\_\_\_\_

**РЕШЕНИЕ ГЛАВНОГО ВРАЧА:**

Прикрепить с "\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года Врач - \_\_\_\_\_

Отказать в прикреплении в связи \_\_\_\_\_

Главный врач НУЗ «Узловая поликлиника  
на ст. Лосиноостровская ОАО «РЖД»  
Елена Владимировна Рябцева  
"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

\_\_\_\_\_ *подпись*

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением главного врача выдана на руки.  
"\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Получил копию заявления \_\_\_\_\_ (подпись, ФИО)