

Главному врачу
ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 6 г.
Уфа (450057, г. Уфа, ул. Новомостовая, 9
С.В.Викторову
от _____

(Ф.И.О. родителя / опекуна / представителя)

(документ, подтверждающий личность представителя)

(документ, подтверждающий полномочия представителя)

родителя / опекуна / законного представителя

контактный телефон: _____

(Ф.И.О. представляемого)

Сведения о представляемом:

пол _____ дата рождения _____

место рождения _____

гражданство _____

паспорт (св. о рожд.): серия _____ № _____

кем и когда выдан _____

адрес фактического проживания _____

адрес регистрации _____

дата регистрации _____

номер полиса

ОМС _____

номер СНИЛС _____

наименование и адрес медицинской организации,
в которой обслуживался на момент подачи заявления:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить моего ребенка / опекаемого / представляемого мною к Вашему лечебному учреждению в рамках реализации права пациента на выбор муниципальной организации в соответствии с частью 1 статьи 21 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

« »

20 г.

(подпись)