

Главному врачу

ГБУЗ РБ Стоматологическая поликлиника № 6 г. Уфы
(450057, г. Уфа, ул. Новомостовая, 9)

С. В. Викторов

От _____

Пол _____ дата рождения _____

место рождения _____

Гражданство _____

паспортные данные: серия _____ № _____

кем и когда выдан _____

адрес фактического проживания

адрес регистрации: _____

номер полиса ОМС _____

номер СНИЛС: _____

наименование и адрес медицинской организации,

в которой обслуживались на момент подачи заявления:

контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня к Вашему медицинскому 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)