Образец

Руководителю медицинской

организации

**ООО «ЕвроСтом»**

(наименование и фактический адрес медицинской

организации)

**Спиридонову Александру**

**Степановичу**

(фамилия, имя, отчество руководителя медицинской



организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

1. **Информация о гражданине**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1.1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Петров**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) | | | | | | | | | | | |
| 1.2. | Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_**Иван**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | | | |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) | | | | | | | | | | | |
| 1.3. | Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_**Федорович**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | |  | |  |  |  |  |  |
|  | (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность) | | | | | | | | | | | |
| 1.4.Пол: муж. **V** | | | Жен. | | | (нужное отметить знаком “V”) | | | | | | |
| 1.5.Дата рождения: « **15** » **июня** **1973** г. | | | | | | | | | | | | |
| 1.6. | Место рождения **г.** **Горький** | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.7. | Гражданство:**Российская Федерация** **(** **РФ)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | |  |  | |  |  |
| 1.8. | Полис ОМС: № **00000000000015**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | | | |  |  | | |  |
| 1.9. | Страховая медицинская организация: **ОАО РОСНО-МС**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счѐта (СНИЛС) (при наличии) **149-**

**523-456 00\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1.11. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ:

1.12. вид документа:**паспорт**\_

серия: **22 03** номер **145142** дата выдачи: **25.05.2008**

кем выдан **ОУФМС России по Нижегородской области в** **Ленинском р-не г.Н. Новгорода**

1.13. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ:

город(село,деревня…): **г.** **Нижний Новгород**

район: **Ленинский**

область(край,республика): **Нижегородская**

адрес(улица,дом,корпус,квартира): **пр.** **Ленина,** **д. 25,** **кв.** **21**

1.14. АДРЕС ПОСТОЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ:

город(село,деревня,…): **г.** **Нижний Новгород**

район: **Ленинский**

область(край,республика):**Нижегородская**

адрес(улица,дом,корпус,квартира): **пр.** **Ленина,** **д. 25,** **кв. 21**

1.13. ДАТА РЕГИСТРАЦИИ ПО

ЖИТЕЛЬСТВА\_\_\_\_**12.10.2001\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

МЕСТУ

1.14. Контактный телефон:

код

домашний

**245-11-03**

рабочий

Адрес электронной почты:

1. **Сведения о представителе**

2.1. Фамилия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2.4. Отношение к |  |  |
| мать | отец | иное |

2.5. Вид документа, удостоверяющего личность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающий полномочия законного представителя:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_

2.6. Серия

2.7. Номер

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон:

код

домашний

рабочий

Адрес электронной почты:

1. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к

медицинской организации **ООО** **«ЕвроСтом»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование МО)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_стоматологическая помощь в 2016\_году\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи порядок, условия и критерии доступности которой определены программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Нижегородской области бесплатной медицинской помощи на текущий год.

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

\_\_\_\_\_\_\_**Областная стоматологическая поликлиника\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплен (а) от медицинской организации

\_**Областной стоматологической поликлиники\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование МО)

в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица **подпись**

«\_\_05\_»\_\_\_\_\_10\_\_\_\_\_20\_15\_\_г.

(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках)

при оказании медицинской помощи на дому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(подпись заявителя)**

Подпись руководителя

медицинской организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

(дата)

м.п.