

Главному врачу  
БУЗОО "Омская ЦРБ"  
Орлову С. Н.  
644012 г. Омск, ул. Малиновского 14

Заявление  
о выборе медицинской организации

1. Фамилия \_\_\_\_\_
2. Имя \_\_\_\_\_
3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_
4. Пол \_\_\_\_\_
5. Дата рождения \_\_\_\_\_
6. Место рождения \_\_\_\_\_
7. Гражданство \_\_\_\_\_
8. Данные документов:
  - 8.1 Паспорт гражданина РФ (или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта), серия, №, кем и когда выдан  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - 8.2 Свидетельство о рождении \_\_\_\_\_  
(для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации)
  - 8.3 Данные законного представителя \_\_\_\_\_
9. Место жительства \_\_\_\_\_
10. Место регистрации \_\_\_\_\_
11. Дата регистрации \_\_\_\_\_
12. Контактная информация \_\_\_\_\_
13. Номер полиса обязательного медицинского страхования гражданина  
\_\_\_\_\_
14. Наименование страховой организации, выбранной гражданином  
\_\_\_\_\_
15. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой Вы находились на обслуживании на момент подачи заявления  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Причина прикрепления к БУЗОО "Омская ЦРБ" (смена места регистрации, смена места пребывания, по личному заявлению, иное)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Прошу прикрепить меня на медицинское обслуживание в БУЗОО "Омская ЦРБ" для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

\_\_\_\_\_  
Дата

\_\_\_\_\_  
Подпись