Приложение № 1
к приказу № 406 от 26.04.2012.

Бюджетное учреждение здравоохранения
Омской области "Омская центральная
районная больница"
Адрес: г.Омск, ул. Малиновского,14

Главному врачу А.А. Шапран

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:

а) для граждан Российской Федерации в возрасте 14 лет и старше:
паспорт гражданина РФ (или временное удостоверение личности гражданина РФ, выдаваемое на период оформления паспорта), серия, №, кем и когда выдан
_____
_____

б) для детей после государственной регистрации рождения и до четырнадцати лет, являющихся гражданами Российской Федерации:
свидетельство о рождении_____
документ, удостоверяющий личность законного представителя ребенка
_____

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 гражданин находился на обслуживании на момент подачи заявления_____
_____

Прошу_____
_____
_____

_____ _____
Дата Подпись