

Главному врачу БУЗОО «ГБ № 2»
Гусевой С.Н.

от _____

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации

Прошу прикрепить меня _____

_____ для медицинского обслуживания в БУЗОО «ГБ № 2» (г. Омск. ул. 3-я
Транспортная, дом 1)

Дата рождения _____

Пол _____

СНИЛС _____

Полис ОМС или иногородний № _____

Дата начала действия полиса _____

Наименование страховой медицинской организации, выдавший полис ОМС

Гражданство _____

Место рождения _____

Место жительства _____

Место регистрации _____

Дата регистрации _____

Документ, удостоверяющий личность _____

серия _____ номер _____

Контактный телефон _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, где
наблюдался ранее _____

С перечнем врачей-терапевтов участковых и врачей общей практики
(семейных врачей) БУЗОО «ГБ № 2» ознакомлен(а):

_____ / _____ /

подпись

« _____ » _____ 202__ года

_____ / _____ /

подпись