

295051, Республика Крым,
г. Симферополь, бул. Ленина, 5/7
Главному врачу КММЦ Святителя Луки
Еременко С.Н.

(ФИО полностью)

ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, _____
(ФИО полностью)
паспорт серия _____ № _____ кем и когда выдан _____

прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к КММЦ
Святителя Луки (структурное подразделение) ФГАОУ ВО "КФУ им. В.И. Вернадского

(ФИО полностью)
дата рождения _____ место рождения _____
гражданство _____ пол муж/жен (нужное подчеркнуть)
Полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство)
№ _____, выдан страховой медицинской организацией

" _____ " _____ года.

Место регистрации _____

дата регистрации _____

Место жительства (пребывания) _____

адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника

(указывается в случае адреса, отличного от адреса места регистрации)

Прикреплён к медицинской организации

(наименование)
Не прикреплён к медицинской организации (подчеркнуть, если не прикреплён)

Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ № _____
выдан " _____ " _____ года

(наименование органа, выдавшего документ)
Контактная информация / телефон _____

Настоящим подтверждаю выбор медицинской организации для получения первичной
медико-санитарной помощи и согласие на использование при обработке моих персональных
данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

" _____ " _____ 20 _____ года. _____ / _____
личная подпись / расшифровка подписи