Образец

Руководителю медицинской организации

**ООО «Стоматология «Центральная Клиника»**

(наименование и фактический адрес медицинской организации)

# **Родову Андрею Львовичу**

(фамилия, имя, отчество руководителя медицинской организации)

# ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

## I. 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 счёта (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 МЕСТУ

ЖИТЕЛЬСТВА\_\_\_\_**12.10.2001\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1.14. Контактный телефон: код домашний **245-11-03** рабочий

Адрес электронной почты:

### **II.** **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. Серия2.7. Номер

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

(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код домашний рабочий

Адрес электронной почты:

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации **ООО «Стоматология «Центральная Клиника»**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(наименование МО)

## \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_ стоматологическая помощь в 2016\_году \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для получения в рамках территориальной программы ОМС стоматологической 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\_14\_\_г.

(дата)

Подпись руководителя

медицинской организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

(дата) м.п.