

Главному врачу БУ
«Нефтеюганская городская
стоматологическая поликлиника»
Т.В. Киценой

Заявление о прикреплении застрахованного лица к БУ «Нефтеюганская городская стоматологическая поликлиника» для получения медицинской помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования.

я,

(Ф.И.О.)

Эта часть заполняется в случае представления законных интересов

являясь законным представителем несовершеннолетнего:	(фамилия)	имя,	отчество
несовершеннолетнего)			
приходящегося мне _____, на основании_____ (в случае опекунства указать реквизиты документа, на основании которого осуществляется опека или попечительство) (номер и дата выдачи)			

(наименование документа, удостоверяющего личность) _____ (серия) _____ (номер) _____ (когда и кому выдан) _____

Название страховой медицинской организации _____
Страховой медицинский полис ОМС застрахованного № _____

Адрес фактического места жительства, застрахованного _____.
Прошу прикрепить меня (несовершеннолетнего, представителем которого я являюсь) к БУ «Нефтеюганская городская стоматологическая поликлиника» для получения в рамках территориальной программы ОМС медицинской помощи. Я осознаю, что буду откреплен(а) от медицинской организации _____, в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Порядок и условия оказания помощи определяются территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на текущий год.

Подпись застрахованного лица (представителя) _____
«____» 20 ____ г.

Главный врач _____ Т. В. Кицена МП