Ректору ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Р.Е. Калинину

390026, Рязанская обл, Рязань г,

Высоковольтная ул, д. 9

(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ
о выборе медицинской организации (врача)

Я, _____ , дата рождения _____

проживающий(ая) по адресу : _____ ,
(фактический адрес проживания)

застрахованного(-ой) по обязательному медицинскому страхованию в _____ ,
(наименование страховой медицинской организации заявителя)

полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство, подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования)

_____ выдан _____ , настоящим подтверждаю выбор
(номер) (дата выдачи)

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России , а также участкового врача
(наименование медицинской организации)

_____ ,
(Ф.И.О. врача-терапевта участкового, врача общей практики (семейного врача)

для получения первичной медико-санитарной помощи по участковому принципу.

_____ _____
(Дата) (подпись)