

Главному врачу  
ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ»  
Новожиловой Н.В.

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня /моего ребенка/ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ для оказания первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ ЛО «Тихвинская МБ».

Дата рождения (число, месяц, год) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Наименование страховой медицинской организации \_\_\_\_\_

Серия и номер полиса \_\_\_\_\_

Дата выдачи полиса \_\_\_\_\_

Срок действия полиса до \_\_\_\_\_

Место учебы, работы \_\_\_\_\_

Наличие льгот (подчеркнуть): федеральные, региональные.

Причина прикрепления (подчеркнуть): перемена места жительства, смена лечебно-профилактического учреждения, другие причины (указать)

\_\_\_\_\_ Срок медицинского обслуживания (подчеркнуть): временно (до 6 месяцев), постоянно (более 6 месяцев).

Ф.И.О. законного представителя пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Документ, подтверждающий личность представителя (серия, номер) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Контактный телефон \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_