

Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации» (ЦКБ ГА), г. Москва, Ивановское ш., д.7
Главному врачу ЦКБ ГА Забродиной Наталье Борисовне

От заявителя _____

(Ф.И.О. заявителя)

дата и место рождения: _____

гражданство: _____, пол: _____

документ, удостоверяющий личность: _____

место жительства: _____

место и дата регистрации: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

полис ОМС: серия _____ № _____

выдан _____

(наименование страховой медицинской организации)

СНИЛС (при наличии) _____

От представителя заявителя: _____

(Ф.И.О представителя)

реквизиты документа, подтверждающего статус и полномочия
представителя: _____

документ, удостоверяющий личность представителя: _____

телефон: _____

адрес электронной почты: _____

Заявление о выборе медицинской организации

Я, _____ (Ф.И.О. заявителя),

Я, _____ (Ф.И.О. представителя),

являюсь представителем гражданина _____,

(Ф.И.О. гражданина)

_____ года рождения, пол: _____, место рождения: _____,

гражданство: _____, документ, удостоверяющий личность гражданина: _____

в соответствии с п. 5 Порядка выбора гражданином медицинской организации при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, утвержденного приказом Минздрава России от 14.04.2025 № 216н, выбираю федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации» в качестве медицинской организации при оказании **первичной медико-санитарной медицинской помощи** в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, расположенную по адресу: г. Москва, Ивановское ш., д.7.

Приложение:

1. Паспорт гражданина Российской Федерации или временное удостоверение личности гражданина Российской Федерации, выдаваемое на период оформления паспорта/паспорт иностранного гражданина.

2. Полис обязательного медицинского страхования

3. СНИЛС (при наличии)

4. _____ (иные документы)

Вариант для представителя гражданина, в том числе законного.

3. Документ, удостоверяющий личность.

4. Документ, подтверждающий полномочия представителя.

« ____ » _____ Г.

Заявитель (представитель): _____ / _____
(подпись) (Ф.И.О.)

Резолюция заведующего консультативной поликлиникой:

Прикрепить с « ____ » _____ 20 ____ года Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

(подпись)

(ФИО)

« ____ » _____ 20 ____ года

дата
рождения _____
число
месяц
год

<i>подпись</i>	<i>Ф.И.О. гражданина или его законного представителя</i>
<i>подпись</i>	<i>Ф.И.О. медицинского работника</i>