

Генеральному директору ФГБУ СЗОНКЦ
им. Л.Г. Соколова ФМБА России
Колабутину В.М.

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

Я, _____, законный представитель
(ФИО, данные паспорта)

(ФИО представляемого лица, отношение к нему)

(дата рождения, место рождения, гражданство)

(данные свидетельства о рождении, паспорта либо временного удостоверения личности)

(фактическое место жительства)

(место регистрации, дата регистрации)

(телефон для связи, электронная почта)

(номер полиса ОМС, наименование страховой медицинской организации)

(наименование и фактический адрес мед. организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления)

прошу прикрепить _____ с 01.01.2023 на медицинское обслуживание к ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России как к медицинской организации, оказывающей первичную медико-санитарную помощь (фактический адрес: Новгородская область, г. Валдай, ул. Песчаная, д. 1а, 1б). Настоящим также даю согласие на обработку моих персональных данных и персональных данных представляемого лица в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

При подаче заявления предъявляются оригиналы следующих документов:

- паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ (законного представителя);
- свидетельство о рождении (для детей до 14 лет) либо паспорт гражданина РФ или временное удостоверение личности гражданина РФ;
- полис обязательного медицинского страхования;
- СНИЛС.

(подпись с расшифровкой)

(дата)

Решение руководителя медицинской организации:

(подпись с расшифровкой)

По требованию заявителя копия заявления с решением руководителя медицинской организации выдана на руки:

(подпись с расшифровкой)

(дата)