

Заявление

**о выборе медицинской организации, оказывающей  
медицинскую помощь**

1. Негосударственное учреждение здравоохранения «Отделенческая клиническая больница на станции Тверь ОАО «Российские железные дороги»
2. Главный врач – Ульянова Ольга Юрьевна
3. Информация о гражданине:

\_\_\_\_\_ фамилия, имя, отчество (при наличии);

пол \_\_\_\_\_

дата рождения \_\_\_\_\_

гражданство \_\_\_\_\_

серия, номер паспорта \_\_\_\_\_

место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому ) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ место регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата регистрации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ контактная информация \_\_\_\_\_

4. Номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

5. Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ подпись