

Руководителю
ООО "Аксон"
Козлову А.А.

ЗАЯВЛЕНИЕ
(заполняется законным представителем)

I. Информация о гражданине

- 1.1. Фамилия _____
1.2. Имя _____
1.3. Отчество (при наличии) _____
1.4. Пол: муж. жен.
1.5. Дата рождения: _____
1.6. Место рождения _____
1.7. Гражданство: _____
1.8. Полис ОМС: № _____
1.9. Страховая медицинская организация: _____
1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счета (СНИЛС) _____
1.11. ДОКУМЕНТ, УДОСТОВЕРЯЮЩИЙ ЛИЧНОСТЬ: _____
серия: _____ номер _____ дата выдачи: _____
1.12. АДРЕС ФАКТИЧЕСКОГО ПРОЖИВАНИЯ: _____
1.13. АДРЕС ПОСТЯННОЙ РЕГИСТРАЦИИ: _____
1.14. Контактный телефон: код _____ домашний _____ рабочий _____
мобильный _____
1.15. e-mail _____

II. Сведения о представителе (при оказании медицинской помощи детям)

- 2.1. Фамилия _____
2.2. Имя _____
2.3. Отчество (при наличии) _____
2.4. Отношение к застрахованному лицу, сведения о котором указаны в заявлении: мать отец иное (нужное отметить знаком "V")
2.5. Вид документа удостоверяющего личность _____
2.6. Документ и его реквизиты, подтверждающие полномочия законного представителя: _____
2.6. Серия _____ 2.7. Номер _____
2.8. дата выдачи: _____ (число, месяц, год)
2.9. Контактный телефон: код _____ домашний _____ рабочий _____
мобильный _____

III. Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации

_____ для получения стоматологической помощи в рамках территориальной программы ОМС

III. Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления

Я, _____, осознаю, что (представляемый) буду (будет) откреплен(а) от медицинской организации

_____ (наименование МО)

в которой ранее получал(а) стоматологическую помощь.

Подпись застрахованного лица _____

_____. Г. _____

Подпись руководителя
медицинской организации _____

_____ (Ф.И.О.)

_____. Г. _____

М.П.