

Университетская клиника МНОИ МГУ
имени М.В. Ломоносова (УК МНОИ МГУ)
г. Москва, Ломоносовский проспект д.27 к.10
Заместителю директора по клинической
работе-директору Университетской клиники
МНОИ МГУ академику РАН А.А. Камалову

**ЗАЯВЛЕНИЕ № _____
о выборе медицинской организации, оказывающей первичную специализированную
медицинско-санитарную помощь по профилю «стоматология»**

(при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи)

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии))
дата рождения ____ / ____ / _____, место рождения _____, гражданство _____
(число, месяц, год)
пол : мужской / женский (нужное подчеркнуть), СНИЛС _____
Паспорт (другой документ, удостоверяющий личность): серия _____ N _____
выдан "___" ____ 20____ года _____

(наименование органа, выдавшего документ)

Номер полиса обязательного медицинского страхования (ОМС) _____
Адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове медицинского работника _____

Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии)) _____

Информация о представителе гражданина (в том числе законном представителе)

Фамилия, имя, отчество (при наличии) _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность _____

Реквизиты документа, подтверждающие статус и полномочия представителя _____

Контактная информация (номер телефона, адрес электронной почты (при наличии)) _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей первичную медицинскую помощь, которую выбрал гражданин: **поликлиника УК МНОИ МГУ, г. Москва, Ленинские горы, д.1 стр 53**

Фамилия, имя, отчество (при наличии) выбранного врача (при наличии) _____

Я ознакомлен с перечнем врачей-стоматологов. А также, с количеством граждан выбравших указанных медицинских работников.

"___" ____ 20____ года _____ (_____
(подпись) _____ (Ф.И.О.)

Дата и время регистрации заявления: "___" ____ 20____ года.

Решение заместителя директора по клинической работе - директора Университетской клиники МНОИ МГУ:

Прикрепить с "___" ____ 20____ года. Участок № _____ Врач _____

Отказать в прикреплении в связи с _____

**Заместитель директора по клинической работе –
директор Университетской клиники МНОИ МГУ** _____ (А.А.Камалов)
(подпись) _____
"___" ____ 20____ года.

М.П.

По требованию заявителя копия заявления с решением директора МНОИ МГУ выдана на руки

"___" ____ 20____ года.

Получил копию заявления _____ (_____
(подпись) _____ (Ф.И.О.)