

Главному врачу ГБУЗ НО  
«Городская поликлиника № 50»  
г. Нижний Новгород, ул. Горная, 15  
М. В. Доютовой

## ЗАЯВЛЕНИЕ

(заполняется лично заявителем или его законным представителем)

### I. Информация о гражданине

1.1. Фамилия

\_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.2. Имя

\_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.3. Отчество \_\_\_\_\_ (при \_\_\_\_\_ наличии)

\_\_\_\_\_ (указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

1.4. Пол: муж. \_\_\_\_\_ жен. \_\_\_\_\_ (нужно отметить знаком «V»)

1.5. Дата рождения: « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

1.6. Место рождения

1.7.

Гражданство: \_\_\_\_\_

1.8. Полис \_\_\_\_\_ ОМС:  
№ \_\_\_\_\_

1.9. Страховая \_\_\_\_\_ медицинская  
организация: \_\_\_\_\_

1.10. Страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС) (при  
наличии) \_\_\_\_\_

1.11. Документ, \_\_\_\_\_ удостоверяющий \_\_\_\_\_ личность: \_\_\_\_\_ вид  
документа: \_\_\_\_\_

серия: \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_ дата  
выдачи: \_\_\_\_\_

кем  
выдан \_\_\_\_\_

1.12. Адрес фактического проживания:

город \_\_\_\_\_ (село,  
деревня,...): \_\_\_\_\_

район: \_\_\_\_\_

область \_\_\_\_\_ (край,  
республика): \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_ (улица, \_\_\_\_\_ дом, \_\_\_\_\_ корпус,  
квартира): \_\_\_\_\_

1.13. Адрес постоянной регистрации:

город \_\_\_\_\_ (село, \_\_\_\_\_ деревня, \_\_\_\_\_ ...):  
\_\_\_\_\_

район: \_\_\_\_\_

область \_\_\_\_\_ (край,  
республика): \_\_\_\_\_

адрес \_\_\_\_\_ (улица, \_\_\_\_\_ дом, \_\_\_\_\_ корпус,  
квартира): \_\_\_\_\_

1.13. Дата регистрации по месту  
жительства \_\_\_\_\_

1.14. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

## II. Сведения о представителе

2.1. Фамилия

\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.2. Имя

\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

2.3. Отчество (при наличии)

\_\_\_\_\_  
(указывается в точном соответствии с записью в документе, удостоверяющем личность)

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, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_

2.6. Серия \_\_\_\_\_ 2.7. Номер \_\_\_\_\_

2.8. Дата выдачи \_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

2.9. Контактный телефон: код \_\_\_\_\_ домашний \_\_\_\_\_ рабочий \_\_\_\_\_  
Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**Прошу прикрепить меня (гражданина, представителем которого я являюсь) к медицинской организации:**

**ГБУЗ НО «Городская поликлиника № 50»**

для получения в рамках территориальной программы ОМС амбулаторно-поликлинической медицинской помощи, порядок, условия и критерии доступности которой определены программой государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации на территории Нижегородской области бесплатной медицинской помощи на текущий год.

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Осознаю, что я (представляемый) буду (будет) откреплён (а) от медицинской организации \_\_\_\_\_,

(наименование МО)

в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Подпись застрахованного лица \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата)

Заявитель ознакомлен с перечнем врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) при оказании медицинской помощи на дому

\_\_\_\_\_  
(подпись заявителя)

Подпись руководителя  
медицинской организации \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(ФИО)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата)

М.П.