

Приложение 1
к Порядку прикрепления застрахованных лиц к медицинским организациям
на территории Ханты-Мансийского автономного округа – Югры для получения медицинской
помощи в рамках территориальной программы обязательного медицинского страхования

ЗАЯВЛЕНИЕ

о выборе медицинской организации для получения амбулаторной медицинской помощи.
(заполняется лично заявителем)

Я, _____

Дата рождения _____ г. Страховой медицинский полис ОМС: № _____

Адрес фактического места жительства _____

Прошу прикрепить меня к медицинской организации **Бюджетное учреждение ХМАО – Югры «Ханты-Мансийская
клиническая стоматологическая поликлиника»** для получения в рамках территориальной программы ОМС
стоматологической помощи.

Я осознаю, что буду откреплен(а) от медицинской организации _____
_____ в которой ранее получал(а) медицинскую помощь.

Порядок и условия оказания помощи определяются территориальной программой государственных гарантий бесплатного
оказания гражданам медицинской помощи на **текущий год.**

Подпись застрахованного лица _____ » _____ 201 _____ г.

Подпись руководителя медицинской организации _____

