

Главному врачу
ТП ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
Н.П. Литвинову

от _____
(Ф.И.О. полностью, дата рождения полностью)

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

Прожив. _____

тел. _____

страховая компания _____ полис _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас разрешить медицинское обслуживание по ОМС в Таганрогской поликлинике ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, в связи с тем что

у врач терапевта _____ на _____ врачебный участок
ранее медобслуживание получал в _____

Даю добровольное согласие на обработку моих персональных данных.

Врач-терапевт _____ не возражаю

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись пациента)

Главному врачу
ТП ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России
Н.П. Литвинову

от _____
(Ф.И.О. полностью, дата рождения)

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____

Прожив. _____

тел. _____

страховая компания _____ полис _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас разрешить медицинское обслуживание по ОМС в Таганрогской поликлинике ФГБУЗ ЮОМЦ ФМБА России, в связи с тем что

у врач терапевта _____ на _____ врачебный участок
ранее медобслуживание получал в _____

Даю добровольное согласие на обработку моих персональных данных.

Врач-терапевт _____ не возражаю

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись пациента)