

Заведующему ВПО № 00 Санкт-Петербурга
ФИО

Адрес: Санкт-Петербург, ____, д. __

от ФИО пациента
№ полиса ОМС ____, наименование страховой комп.
Адрес регистрации: 100000, СПб, __, д. 00, кв. 00
Контактный телефон +7-__

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении возможности выбрать лечащего врача

В соответствии с п. 2 и п. 7 ст. 21 закона «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ пациент имеет право на выбор лечащего врача. Руководствуясь вышеизложенным,

ПРОШУ:

Предоставить мне возможность получать медицинскую помощь врача-терапевта ФИО

От выбранного врача ФИО согласие получено.

«__» _____ 20__ г.

Подпись _____ / ФИО пациента