

Прикрепление к поликлинике!

В соответствии с п. 4 Приказа Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012 № 406н «Об утверждении порядка выбора гражданином медицинской помощи в рамках Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи» для обслуживания в МБУЗ Поликлинике № 51 Вам нужно заполнить и подать заявление о прикреплении на бесплатное медицинское обслуживание.

Помните, что Вы можете получить бесплатную амбулаторно-поликлиническую помощь в организации первичной медико-санитарной помощи только при наличии прикрепления.

Бланк заявления Вы можете получить:

- в приемной главного врача - каб. 29 (ул. Бабушкина, д.17)
- в регистратуре поликлиники (ул. Бабушкина, д.17, ул. Революционная, д.167)
- скачать на официальном сайте МБУЗ Поликлиника № 51 (<http://poliklinika51-ufa.ru>)

При заполнении заявления при себе иметь:

паспорт, медицинский полис, пенсионное свидетельство (СНИЛС)

Заявление заполняется в 2х экземплярах

ГБУЗ РБ Поликлиника № 51 г. Уфы
450001, РФ, РБ, г. Уфа, ул. Бабушкина, 17
Главному врачу Мигранову Р. Н.

От _____
Ф.И.О. полностью

Пол: муж./жен. Дата рождения _____

Место рождения _____

Паспорт: серия _____ № _____
выдан _____

Полис ОМС № _____

Кем выдан _____

Место жительства _____

Место и дата прописки _____

Дом. тел. _____

Моб. тел. _____

Наименование и фактический адрес Медицинской организации,
оказывающий медицинскую помощь, в которой гражданин находится на
обслуживании в момент подачи заявления (т.е. по месту прописки)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

Прошу Вас принять на обслуживание в Вашу поликлинику по причине

Дата _____ Подпись _____

ГБУЗ РБ Поликлиника № 51 г. Уфы
450001, РФ, РБ, г. Уфа, ул. Бабушкина, 17
Главному врачу Мигранову Р. Н.

От _____
Ф.И.О. полностью

Пол: муж./жен. Дата рождения _____

Место рождения _____

Паспорт: серия _____ № _____
выдан _____

Полис ОМС № _____

Кем выдан _____

Место жительства _____

Место и дата прописки _____

Дом. тел. _____

Моб. тел. _____

Наименование и фактический адрес Медицинской организации,
оказывающий медицинскую помощь, в которой гражданин находится на
обслуживании в момент подачи заявления (т.е. по месту прописки)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

Прошу Вас принять на обслуживание в Вашу поликлинику по причине

Дата _____ Подпись _____