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