

## ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ

Директору  
ООО «Геном-Волга»  
Н.И. Котельникову

проспект Ленина, 102А,  
г. Волгоград, 400078

от \_\_\_\_\_  
(ф.и.о.)

### ЗАЯВЛЕНИЕ о выборе медицинской организации

Я, \_\_\_\_\_,  
(Ф.И.О.)

паспорт \_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

\_\_\_\_\_ дата выдачи \_\_\_\_\_ к/п \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_,

проживающий (ая) по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, зарегистрированный (ая)  
(адрес постоянного места жительства - для оказания мед.помощи)

(место, дата регистрации)

застрахованный (ая) по обязательному медицинскому страхованию в

\_\_\_\_\_  
(наименование страховой медицинской организации)

имею полис обязательного медицинского страхования (временное свидетельство,  
подтверждающее оформление полиса обязательного медицинского страхования)

\_\_\_\_\_ выдан \_\_\_\_\_ настоящим подтверждаю выбор  
(серия, номер) (дата выдачи)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинской организации)

**для получения процедуры экстракорпорального оплодотворения за счет средств  
обязательного медицинского страхования**

Ранее прикреплен(а) к \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой пациент находился  
на момент обращения)

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 2017 г. \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_