

**АДМИНИСТРАЦИЯ НЕВСКОГО РАЙОНА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ
БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
«СТОМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №13»
192029, Санкт-Петербург,
пр. Обуховской обороны, дом 123, литер А
Телефон/факс (812) 412-54-56
E-mail: pstom13@zdrav.spb.ru
<http://www.zdrav.spb.ru>
ОКПО 33173613 ОКОГУ 23340 ОГРН 1027806074394
ИНН/КПП 7811007240/781101001**

Руководителю _____

(наименование СМО)

№ _____
На № _____ от _____

УВЕДОМЛЕНИЕ.

Администрация СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №13» уведомляет, что, в соответствии с Приложением к Приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26.04.2012г. №406н, гр. (Ф.И.О. ребёнка) _____ принят (а) по заявлению законного представителя на медицинское обслуживание для оказания медицинской помощи в рамках обязательного медицинского страхования.

Главный врач СПб ГБУЗ
«Стоматологическая поликлиника №13»

Гудец Е.Ю.

Главному врачу СПб ГБУЗ
«Стоматологическая поликлиника №13»
Гудец Е.Ю.

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Я, (Ф.И.О. законного представителя) _____,
(дата, месяц, год, место рождения законного представителя) _____,
(пол) _____, (паспорт: серия, №, когда и кем
выдан) _____;
_____ (гражданство) _____; (место
жительства законного
представителя) _____;
(место регистрации законного представителя) _____,
(дата регистрации) _____; (контактный телефон) _____,
прошу принять моего сына (дочь) (Ф.И.О. ребёнка, дата рождения) _____,
(гражданство ребёнка) _____,
(серия, № свидетельства о рождении) _____, (место жительства
ребёнка) _____,
(место регистрации ребёнка) _____
на медицинское обслуживание для оказания стоматологической помощи в рамках
программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской
помощи в СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №13». В настоящий момент сын
(дочь) прикреплен (а) к (наименование и адрес стоматологической поликлиники, указанной в
полисе ОМС) _____,
по полису (серия, № полиса, наименование страховой медицинской
организации) _____.

(подпись)

(дата)