

Образец заявления

Директору _____

(Наименование филиала ФИО)

от _____
(ФИО ЗЛ/ФИО представителя/законного представителя ЗЛ)

Номер полиса ОМС/временного
свидетельства ЗЛ

Заявление

Прошу в соответствии с п. 231 раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 28.02.2019 № 108н, выдать мне (гражданину, представителем которого я являюсь) (*нужное подчеркнуть*). Справку о перечне оказанных мне в рамках территориальной программ обязательного медицинского страхования медицинских услуг и их стоимости за период с «__» _____ 20__ г. по «__» _____ 20__ г.

Дата _____

Подпись _____ (_____)
Расшифровка подписи

Справку получил

Дата _____ Подпись _____ / _____ /

Оборотная сторона Заявления

1. Сведения о застрахованном лице

1.1. Фамилия _____ 1.2. Имя _____

1.3. Отчество (при наличии) _____

1.4. Адрес места жительства:

а) город _____

б) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

в) № дома (владение) _____ г) корпус (строение) _____ д) квартира _____

1.5. Контактная информация:

а) телефон: _____

б) адрес эл. почты: _____

2. Сведения о представительстве застрахованного лица

1.1. Фамилия _____ 1.2. Имя _____

1.3. Отчество (при наличии) _____

1.4. Адрес места жительства:

а) город _____

б) улица (проспект, переулок и т.п.) _____

в) № дома (владение) _____ г) корпус (строение) _____ д) квартира _____

1.5. Контактная информация:

а) телефон: _____

б) адрес эл. почты: _____