

**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. 199 раздела XV Правил обязательного медицинского страхования, утвержденных приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «об утверждении Правил обязательного медицинского страхования» от 28.02.2011 № 158н, 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: \_\_\_\_\_