

Генеральному директору
КОМУНАЛЬНОГО ПІДПРИЄМСТВА
«ВОЛИНСЬКЕ ОБЛАСНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ
ОБ'ЄДНАННЯ ЗАХИСТУ МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА»
ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ

ЗАЯВА
про вільний вибір лікуючого лікаря

Я, _____, _____ року народження, реєстраційний номер облікової картки платника податків _____, паспорт серії _____, виданий _____, місце проживання зареєстроване за адресою: _____, номер мобільного телефону _____, керуючись статтею 38 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», у відповідності до якої кожний пацієнт, який досяг чотирнадцяти років і який звернувся за наданням йому медичної допомоги, має право на вільний вибір лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги, та вибір методів лікування відповідно до його рекомендацій, ПРОШУ забезпечити моє право на вибір лікаря шляхом закріплення за мною (особою, яку я представляю) натсупного лікаря для надання медичних послуг у КОМУНАЛЬНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ «ВОЛИНСЬКЕ ОБЛАСНЕ ТЕРИТОРІАЛЬНЕ МЕДИЧНЕ ОБ'ЄДНАННЯ ЗАХИСТУ МАТЕРИНСТВА І ДИТИНСТВА» ВОЛИНСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ РАДИ:

(прізвище, ім'я, по батькові, спеціальність лікаря)

Про особливості вибору лікуючого лікаря, що визначені пунктами 2.5.-2.6. Положення про платні послуги, які надаються у комунальному підприємстві «Волинське обласне територіальне медичне об'єднання захисту материнства і дитинства» Волинської обласної ради, затвердженого наказом генерального директора від ____ № _____, проінформований(а).

(дата)

(підпис, ім'я та прізвище)

Я, лікар _____, згідний надавати медичні послуги з повною професійною та юридичною відповідальністю.

(дата)

(підпис, ім'я та прізвище)