|  |  |
| --- | --- |
|  | Директору ТОО «Медикер Алатау»  Ибраева К.Б.  от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ИИН\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Контактный данные\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 07.08.2017 г. №591 «Об утверждении Правил закупа услуг у субъектов здравоохранения в рамках ГОМБП и в системе ОСМС» прошу Вас прикрепить меня на медицинское обслуживание в ТОО «Медикер–Алатау» для получения ГОБМП на основе свободного выбора медицинской организации, оказывающую первичную медико-санитарную помощь (копия документа, удостоверяющего личность прилагается).

Обслуживание на дому Да Нет

Подпись­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**НА КАЖДОГО членасемьизаполняется отдельное Заявление с приложением**

**документов, удостоверяющих личность (удостоверение, вид на жительство, свидетельство о рождении)!**