

Главному врачу
МУЗ «Городская детская поликлиника»

№ _____

от _____

адрес места жительства

телефон _____

Прошу Вас выдать направление на лечение в детский дневной стационар ООО «Научно-исследовательский медицинский центр Медика-Менте» г. Королёв для моего ребенка

в системе обязательного медицинского страхования на основании требований п. 4 ст. 16 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в РФ» №326-ФЗ от 29.11.10г., где закреплено право застрахованного лица на выбор медицинской организации, участвующей в реализации территориальной программы обязательного медицинского страхования в соответствии с законодательством РФ.

В случае отказа в выдачи направления моему ребенку прошу дать письменный отказ и направить его по адресу:

Дата

Подпись