

**Открепительный талон
на получение медицинской помощи в других
лечебно-профилактических учреждениях**

Ф.И.О. пациента _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____

Адрес прописки _____

Адрес фактического проживания _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Серия и номер полиса _____

Дата выдачи полиса _____

Срок действия полиса до _____

Место учебы, работы _____

Наличие льгот (подчеркнуть): федеральные, региональные.

Причина открепления (подчеркнуть): перемена места жительства, смена
лечебно-профилактического учреждения, другие причины (указать)

Планируемое для прикрепления на медицинское обслуживание лечебно-
профилактическое учреждение _____

" ____ " _____ 20 ____ г.

Дата снятия с учета

Подпись ответственного лица

МП