**Національна служба здоров’я України**

**Заявника:**

[повна назва закладу охорони здоров’яабо П.І.Б. фізичної особи – підприємця,код ЄДРПОУ / РНОКПП]або[П.І.Б. фізичної особи (пацієнта абойого законного представника)]

(далі – Заявник)

**Заява**

Цією заявою Заявник звертається до НСЗУ для (необхідне вибрати):

припинення декларації про вибір лікаря первинної медичної допомоги

зміни даних про метод автентифікації пацієнта (номер телефону)

Декларація в електронній системі охорони здоров’я зареєстрована на ім’я:

|  |  |
| --- | --- |
| Прізвище, ім’я та по батькові пацієнта повністю | Місце для введення тексту. |
| Дата народження пацієнта (число, місяць, рік) | Місце для введення тексту. |
| Реєстраційний номер облікової картки платника податків або серія та номер паспорта (для дітей – серія та номер свідоцтва про народження) | Місце для введення тексту. |
| Контактний номер телефону пацієнта (за наявності) | Місце для введення тексту. |
| Номер декларації пацієнта (якщо відомо) | Місце для введення тексту. |
| Прізвище, ім’я та по батькові (повністю) лікаря, якому подано декларацію пацієнтом (якщо відомо) | Місце для введення тексту. |
| Спеціальність лікаря, якому подано декларацію пацієнтом (якщо відомо) | Місце для введення тексту. |
| Причини подання заяви:  Місце для введення тексту. | |

Додатки:

копія заяви пацієнта (його законного представника) у довільній формі -- у разі якщо заявник -- заклад охорони здоров’я

копія паспорта або іншого документа, що посвідчує особу пацієнта (всі заповнені сторінки);

копія ІПН пацієнта (за наявності);

копії документів, що посвідчують законного представника пацієнта – у разі якщо заявник – законний представник пацієнта.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [Дата] | [Підпис] | [Посада та П.І.Б представника закладу охорони здоров’я (П.І.Б. фізичної особи – підприємця)]або[П.І.Б. фізичної особи (пацієнта або його законного представника)] |