

## Національна служба здоров'я України

### Заявника:

[повна назва закладу охорони здоров'я або П.І.Б. фізичної особи – підприємця, код ЄДРПОУ / РНОКПП] або [П.І.Б. фізичної особи (пацієнта або його 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:<br>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 ПІН пацієнта (за наявності);

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

[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)]

[Дата]

[Підпис]