

РАЗРЕШЕНО ОБСЛУЖИВАНИЕ
В УЗ «4-я городская поликлиника»
до «__» _____ 20__ г.
Главный врач
Предъявленные документы сверены
медрегистратором _____
до «__» _____ 20__ г.

Главному врачу
Учреждение здравоохранения
«4-я городская поликлиника» г.Минска
Авраменко В.В.
от _____
(ФИО гражданина)

Паспорт серия № _____
Кем и когда выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(ФИО, дата рождения)
проживающий (ая) _____
(адрес места жительства(места пребывания))
зарегистрирован(а) _____
прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в учреждении здравоохранения «4-я городская поликлиника» с _____ 20__ г.
по _____ 20__ г.
В настоящее время медицинская помощь оказывается _____
(наименование учреждения здравоохранения, адрес)
«__» _____ 20__ г.

(подпись)

РАЗРЕШЕНО ОБСЛУЖИВАНИЕ
В УЗ «4-я городская поликлиника»
до «__» _____ 20__ г.
Главный врач
Предъявленные документы сверены
медрегистратором _____
до «__» _____ 20__ г.

Главному врачу
Учреждение здравоохранения
«4-я городская поликлиника» г.Минска
Авраменко В.В.
от _____
(ФИО гражданина)

Паспорт серия № _____
Кем и когда выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(ФИО, дата рождения)
проживающий (ая) _____
(адрес места жительства(места пребывания))
зарегистрирован(а) _____
прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в учреждении здравоохранения «4-я городская поликлиника» с _____ 20__ г.
по _____ 20__ г.
В настоящее время медицинская помощь оказывается _____
(наименование учреждения здравоохранения, адрес)
«__» _____ 20__ г.

(подпись)

РАЗРЕШЕНО ОБСЛУЖИВАНИЕ
В УЗ «4-я городская поликлиника»
до «__» _____ 20__ г.
Главный врач
Предъявленные документы сверены
медрегистратором _____
до «__» _____ 20__ г.

Главному врачу
Учреждение здравоохранения
«4-я городская поликлиника» г.Минска
Авраменко В.В.
от _____
(ФИО гражданина)

Паспорт серия № _____
Кем и когда выдан _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(ФИО, дата рождения)
проживающий (ая) _____
(адрес места жительства(места пребывания))
зарегистрирован(а) _____
прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в учреждении здравоохранения «4-я городская поликлиника» с _____ 20__ г.
по _____ 20__ г.
В настоящее время медицинская помощь оказывается _____
(наименование учреждения здравоохранения, адрес)
«__» _____ 20__ г.

(подпись)