

Заявление.

Обязательное заполнение всех граф разборчиво !!!

Прошу прикрепить моего ребёнка(ФИО ребенка)

_____ для оказания медицинской помощи к БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4»

ПОЛ _____ Гражданство _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Свидетельство о рождении серия _____ номер _____ когда и кем выдан _____ -или

Паспорт ребенка: серия _____ номер _____ дата и кем выдан _____

Место жительства _____

Место регистрации (данные паспорта) _____

Место учёбы или дет. сад _____

Контактный телефон родителя _____

Номер полиса ОМС _____ когда выдан _____

Наименование страховой медицинской организации _____

СНИЛС (обязательно !) _____

Причина выбора БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 4» (подчеркнуть)

смена места жительства, выбор поликлиники, другое (указать) _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

Запрос на карту (в какой поликлинике находится карта и старый адрес проживания)

Ф.И.О.(полностью) заявителя, степень родства _____

Паспорт серия _____, номер _____

Место регистрации заявителя _____

Дата ____/____/20____ ФИО _____ Подпись / _____/