

ЗАЯВЛЕНИЕ

Для медицинского обслуживания в Вашем лечебно-профилактическом учреждении

Прошу прикрепить меня (моего ребенка) _____

(фамилия, имя, отчество пациента)

пол _____

Дата рождения (число, месяц, год) _____

Место рождения _____ Гражданство _____

Свидетельство о рождении: серия _____ № _____

Паспорт гражданина РФ (14 лет и старше)/времен. документ: серия: _____ № _____

Место и дата регистрации _____

Номер полиса _____

СНИЛС _____

Название страховой медицинской организации _____

Ранее обслуживающее мед. учреждение (название и адрес) _____

Адрес места проживания по полису _____

Адрес фактического проживания _____

Место учебы, работы ребенка _____

Ф.И.О. законного представителя пациента _____

Кем законный представитель является _____

Контактная информация (тел., эл. почта) _____

Документ, подтверждающий личность представителя: серия _____ № _____

Причина прикрепления (подчеркнуть): смена ЛПУ, перемена места жительства, другие причины (указать)

Ф.И.О.

Подпись

« ____ » _____ 20 ____ г.