

Главному врачу
ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ»
Авдюшкину А.А.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня (моего ребенка) _____

(Ф.И.О.)

для оказания первичной медико-санитарной помощи в ГБУЗ ЛО «Токсовская РБ» .

Дата рождения (число, месяц, год) _____

Адрес регистрации _____

Адрес фактического проживания _____

Наименование страховой медицинской организации _____

Серия и номер полиса _____

Дата выдачи полиса _____

Срок действия полиса до _____

Место учебы, работы _____

Наличие льгот (подчеркнуть): федеральные, региональные.

Причина прикрепления (подчеркнуть): перемена места жительства, смена
лечебно-профилактического учреждения, другие причины (указать)

Срок медицинского обслуживания (подчеркнуть): временно (до 6 месяцев),
постоянно (более 6 месяцев).

Ф.И.О. законного представителя пациента _____

Документ, подтверждающий личность представителя (серия, номер)

" ____ " _____ 20__ г.

Контактный телефон _____

Подпись _____ Дата _____