

№ _____

**И.О. Главного врача ГБУЗ КО
«Городская больница № 2»
Мусиенко Сергею Константиновичу**

Заявление

Прошу прикрепить к ГБУЗ КО «Городская больница № 2

Фамилия _____

Имя _____ **Отчество** _____

Дата рождения _____

Место рождения _____

Гражданство _____

Место жительства (адрес для оказания мед. помощи на дому)

Место регистрации _____

Дата регистрации _____

Паспорт: серия _____ **№** _____

Код подразделения _____ **Дата выдачи** _____

Кем и когда выдан _____

Место работы (учебы) _____

Должность _____

Юридический адрес _____

СНИЛС _____

Номер полиса ОМС _____

Выбранная страховая мед. Организация _____

Контактная информация (телефон) _____

**!!! Медицинская карта пациента является собственностью
поликлиники и на руки не выдается.**

Дата _____

Подпись _____

Без обслуживания на дому (ознакомлен и согласен): _____