

№ _____

Главному врачу ГБУЗ КО
«Городская больница № 2»
Матюшко Виталию Валентиновичу

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), ИНН(работы) _____

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): _____