

*Главному врачу ГБУЗ КО
«Городская больница № 2»
Миракяну Степану Сейрановичу*

Заявление

*Прошу прикрепить к поликлиническому отделению ГБУЗ
КО «Городская больница № 2» (нужное подчеркнуть):*

№ 1. Ул. Дзержинского, 147

№ 2. Ул. М. Расковой, 10

№ 3. Ул. Алданская, 10-12

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Пол _____

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 _____

СНИЛС _____

Номер полиса ОМС _____

Выбранная страховая мед. организация _____

Контактная информация (телефон) _____

Дата _____

Подпись _____