|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Главному врачуГАУЗ ТО «Городская поликлиника №12»Путиной Н.Ю. |
|  |  *отметка о скан-и* |
|  |  |
|  | Терапевтический профиль |  |
|  | Гинекологический профиль |  |

 (ФИО

Дата рождения:

Место рождения:

Гражданство:

Данные документа, удостоверяющего личность:

Проживаю по адресу:

Зарегистрирован (а) по адресу, дата регистрации:

СНИЛС:

Контактные телефоны:

Номер полиса обязательного медицинского страхования:

Наименование страховой медицинской компании: город

Наименование и фактический адрес медицинской организации, в которой получаю медицинскую помощь в настоящее время:

Сведения о представителе гражданина:

ФИО:

Отношение к гражданину:

Данные документа, удостоверяющего личность:

Контактная информация, телефоны:

**Заявление № \_\_\_\_\_**

(заявление регистрируется и оставляется в регистратуре поликлиники)

 Прошу прикрепить для получения медицинской помощи у участкового врача ГАУЗ ТО «Городская поликлиника №12»

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Фамилия, имя, отчество врача)

в связи с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(указать причину)

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ФИО рег-ра, принявшего заявление