ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

СОГЛАСОВАНО
Главный врач Ф.Ю.Ильин

_____

Генеральному директору страховой медицинской компании

_____
(название компании)

От: фамилия

имя

отчество

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить моего ребенка к СПб ГБУЗ «Стоматологическая поликлиника №15», поликлиническое отделение по адресу: Загородный пр., д.48, лит.А.

О непредоставлении квартирной медицинской помощи предупрежден (для тех, кто не проживает на территории, обслуживаемой данной поликлиникой).

Сведения о ребенке: фамилия

имя

отчество

дата рождения

Адрес фактического проживания: город _____

пр./ул., др.

дом | корпус | квартира

Адрес регистрации _____

_____

Домашний телефон - -

Сотовый телефон

СНИЛС - - -

Полис ОМС Е П

или

Временное свидетельство В С

Стоматологическая поликлиника на момент обращения №

Дата _____ Подпись _____