

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

СОГЛАСОВАНО
Главный врач **Ф.Ю.Ильин**

Генеральному директору страховой медицинской компании

_____ (название компании)

Фамилия

имя

отчество

дата рождения

Адрес фактического проживания: город _____

пр./ул., др.

дом корпус квартира

Адрес регистрации _____

Домашний телефон - -

Сотовый телефон

Паспорт

Кем выдан _____

Дата выдачи

СНИЛС - - -

Полис ОМС

или

Временное свидетельство

Стоматологическая поликлиника на момент обращения №

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня 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).

Дата _____

Подпись _____