

Главному врачу ГБУЗ

Заявление

Прошу прикрепить к детской поликлинике № _____ Участку № _____

Врачу педиатру _____

Ребенка _____

Дата рождения _____ Посещающего детский сад/школу № _____

Фактический адрес проживания _____

Имеющего свидетельство о рождении серии _____ № _____

Имеющего паспорт серии _____ № _____

Имеющего страховой полис серии _____ № _____

Действителен до _____

Страховая компания _____

Адрес регистрации по страховому полису _____

Для оказания медицинской помощи сроком _____

Дата _____

Подпись _____