

От _____

(Ф.И.О)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить моего ребенка _____

(Ф.И.О)

для медицинского обслуживания в поликлинике ГБУЗ «ДРБ».

Дата рождения ребенка _____ пол _____

Место рождения _____ Гражданство _____

Свидетельство о рождении ребенка (до 14 лет) серия _____ № _____
выдано _____

Паспорт ребенка (старше 14 лет) серия _____ № _____
выдан _____ дата выдачи _____

Место жительства _____

Место регистрации _____

Дата регистрации _____

Контактный телефон _____

Полис обязательного медицинского страхования: серия _____ № _____

Наименование страховой медицинской организации _____

СНИЛС _____

Наименование медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь ребенку в настоящее время (на момент подачи заявления) _____

Адрес, по которому ребенок наблюдается в мед. организации, оказывающей медицинскую помощь в настоящее время (на момент подачи заявления) _____

Где находится амбулаторная карта на данный момент _____

Заполняется законным представителем ребенка

Законный представитель ребенка _____
(Ф.И.О.)

Родственная связь _____
(мать, отец, опекун)

Данные паспорта: серия _____ № _____ выдан _____

Контактный телефон _____

« _____ » _____ 20 ____ г.
дата

подпись