

Заявление на прикрепление к поликлинике для несовершеннолетних

Главному врачу ГБУЗ МО "ДЦГБ" Бутенко И.П.

От _____
(Ф.И.О. гражданина)
" ____ " _____ года рождения, _____
(дата рождения) (указать место рождения)
зарегистрированного по адресу : _____
" ____ " _____ г.
(дата регистрации)

Заявление

Прошу прикрепить моего ребенка _____ (ФИО)
на медицинское обслуживание в поликлинику № 2, г. Долгопрудный, Московское шоссе,
д.23, корпус 5.

Фактически проживаю по адресу (указать адрес родителя/усыновителя/попечителя) город:

ул. _____ дом _____ корпус _____ квартира _____.
Паспорт серия _____ № _____ выдан " ____ " _____ г. _____

(когда и кем выдан, паспорт родителя/усыновителя/попечителя)

В данный момент ребенок находится на мед.обслуживании в

_____ (указать наименование, фактич. адрес (факс, адрес электронной почты - при наличии) мед.организации)

Контактный телефон _____
(указать телефон родителя/усыновителя/попечителя)

Дата _____ подпись _____

Резолюция :

Прикреплен на медицинское обслуживание в рамках Программы государственных гарантий оказания
гражданам РФ бесплатной медицинской помощи

Терапевтический участок № _____
Участковый врач _____ согласен _____
ФИО врача личная подпись врача

Для льготных категорий граждан:

Прикреплен на льготное лекарственное обеспечение
с " ____ " _____ 20__ г. по " ____ " _____ 20__ г. Код категории льгот _____

В прикреплении отказано по причине

_____ (указать причину отказа)

Руководитель подразделения _____ (_____)

Главный врач _____ (И.П.Бутенко)
М.П.