Заявление

Прошу прикрепить меня		
для медицинского обслуживания в ГБУ	/З РК «Городская поликлиника №3»	•
Дата рождения: (число, месяц, год)	Пол	
Место рождения		
Гражданство		
Паспорт: серия номер	когда	
кем выдан	номер подра	зделения
Место жительства:		
Место регистрации:		
Дата регистрации:		
Номер полиса обязательного медицинс	кого страхования:	
Наименование страховой медицинской	организации, выбранной граждани	тном:
Контактная информация тел:		
ГБУЗ РК «Городская поликлиника №3» адрес: Первомайский. пр, 28	>	
Документ подтверждающий факт измен	нения места жительства:	
Подпись гражданина:	Дата (число, месяц, год):	
Согласовано:		
Участковый врач-терапевт:		
Врач общей (семейной) практики:		
Главный врач: Романенко О.Ю.	(полпись)	(лата)