

Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодская городская
поликлиника №3» Кудрякову А.В.

ФИО законного представителя ребенка:

_____ (для детей до 18 лет)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Адрес прописки/жительства: _____

Паспорт: сер _____ **№** _____

Выдан _____

СНИЛС: _____

ПОЛИС ОМС: (Компания/номер/

дата выдачи): _____

ТЕЛЕФОН: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня для медицинского обслуживания в БУЗ ВО
«Вологодская городская поликлиника №3» (№ участка _____), открепив

от БУЗ _____

(наименование медицинской организации)

Дата: _____

Подпись заявителя: _____

Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодская городская
поликлиника №3» Кудрякову А.В.

ФИО законного представителя ребенка:

_____ (для детей до 18 лет)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Адрес прописки/жительства: _____

Паспорт: сер _____ **№** _____

Выдан _____

СНИЛС: _____

ПОЛИС ОМС: (Компания/номер/

дата выдачи): _____

ТЕЛЕФОН: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня для медицинского обслуживания в БУЗ ВО
«Вологодская городская поликлиника №3» (№ участка _____), открепив

от БУЗ _____

(наименование медицинской организации)

Дата: _____

Подпись заявителя: _____