

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: \_\_\_\_\_