

Форма заявления на прикрепление к медицинской организации

Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодская городская
поликлиника № 3»
А.Д. Кудрякову
от Ф.И.О. (законного представителя ребенка)

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Дата рождения _____

Адрес (регистрации) _____

Адрес (проживания) _____

Паспорт (свидетельство о рождении)

серия _____ № _____

Выдан (кем, дата выдачи) _____

Полис ОМС (наименование страховой
компании, дата выдачи, срок действия при
наличии) _____

СНИЛС _____

Контактный телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня (моего ребенка) для медицинского обслуживания к
БУЗ ВО «Вологодская городская поликлиника № 3» (№ участка _____)

(наименование медицинской организации)

Дата _____

Подпись _____