РЕШЕНИЕ:
Прикрепить с «_____» _____20___г.

Участок_____

Подпись_____

Главному врачу
ГБУЗ Архангельской области
«Архангельская городская
клиническая больница № 4»
Куликовой Т. М.

от _____

_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня (моего ребенка) на медицинское обслуживание в ГБУЗ Архангельской области «Архангельская городская клиническая больница № 4» для получения первичной медико-санитарной помощи в рамках Программы государственных гарантий

Фамилия _____

Имя Отчество _____

Дата рождения _____

Св-о/рожд / паспорт _____

(серия, номер, кем выдан) _____

Дата выдачи: _____

СНИЛС ☐☐☐ - ☐☐☐ - ☐☐☐ ☐☐

Адрес регистрации _____

_____

Адрес проживания _____

СМО Архангельской обл. «Согаз-Мед» ☐ «РГС-Медицина» ☐

СМО др. субъекта РФ _____

Номер полиса ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Причина прикрепления По желанию ☐ Смена места жит-ва ☐

ФИО представителя, _____

_____

(дата рождения) _____

Паспорт представителя _____

Контактный телефон _____

Наименование медицинской организации, оказывающей Вам (вашему ребенку) медицинскую помощь на момент подачи заявления, для направления запроса на предоставление медицинских документов:

_____

« ____» _____201_ г. _____Подпись