

ГБУЗ РБ Чекмагушевская ЦРБ
РБ, с.Чекмагуш, ул. Тракторная 16
Главному врачу Гиззатуллину С.З.

Заявление

Прошу Вас закрепить на медицинское обслуживание за Вашей поликлиникой
сроком на 1 год

Фамилия, Имя, Отчество (при наличии):

Пол: муж жен

Дата рождения _____ Место

рождения _____

Гражданство _____ Документ удостоверяющий

личность _____

Данные документа (серия и номер, когда и кем

выдан): _____

Место жительства (адрес для оказания медицинской помощи на дому при вызове
медицинского
работника): _____

—
Место

регистрации: _____

Дата регистрации: _____

Контактная информация _____

Номер полиса обязательного медицинского
страхования _____

Наименование страховой медицинской
организации _____

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей
медицинскую помощь, в которой Вы находитесь на обслуживании на момент
подачи заявления _____

Подпись _____

Дата _____