

Включить в регистр

поликлиники до « _____ » _____ 202__ года

« _____ » _____ 202__ г.

Главный врач МБУЗ
«Детская городская поликлиника №1»
Л.О.Глухова

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас включить в регистр Вашей поликлиники меня (моего ребёнка):

Ф.И.О. _____

Пол _____ Дата рождения _____

Место рождения _____

Гражданство _____

Данные полиса ОМС _____

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

Место регистрации _____

Дата регистрации _____

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

Информация о представителе гражданина (ребёнка):

Ф.И.О. _____

Отношение к гражданину(ребёнку) _____

Контактная информация (тел.) _____

При подаче заявления предоставляются копии следующих документов:

1. Для детей после государственной регистрации рождения и до 14 лет,
являющихся гражданами РФ;
 - свидетельство о рождении;
 - паспорт законного представителя ребенка;
 - полис ОМС.
2. Для граждан РФ в возрасте 14 лет и старше:
 - паспорт гражданина РФ;
 - полис ОМС.
3. В случае изменения места жительства – документ подтверждающий
изменения места жительства.

Подпись: _____ Дата « _____ » _____ 202__ г.