

В амбулаторную карту

Учреждение здравоохранения
«17-я ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА»

Заявление № _____

Приложение №1 к Инструкции о порядке оказания медицинской помощи
Гражданам РБ вне их места жительства (места пребывания)

Главному врачу УЗ «17-я городская
клиническая поликлиника» по месту
временного закрепления

от _____
(Фамилия И.О.)

Я, _____
(Фамилия Имя Отчество, дата и год рождения)
проживающий(ая) _____ прошу закрепить меня

(адрес места жительства (места пребывания), телефон)
для получения медицинской помощи в УЗ «17-я городская клиническая поликлиника»

с « _____ » _____ 2022г по « _____ » _____ 2023г.

Медицинское учреждение по месту моей регистрации (по прописке) УЗ

« _____ ГП»

***При обращении к врачу иметь при себе результат флюорографии, выписку из медицинской карты**

_____ (дата)

_____ (подпись)

На руках

Учреждение здравоохранения
«17-я ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ
ПОЛИКЛИНИКА»

Заявление № _____

Приложение №1 к Инструкции о порядке оказания медицинской помощи
Гражданам РБ вне их места жительства (места пребывания)

Главному врачу УЗ «17-я городская
клиническая поликлиника» по месту
временного закрепления

от _____
(Фамилия И.О.)

Я, _____
(Фамилия Имя Отчество, дата и год рождения)
проживающий(ая) _____ прошу закрепить меня

(адрес места жительства (места пребывания)

для получения медицинской помощи в УЗ «17-я городская клиническая поликлиника»

с « _____ » _____ 2022г по « _____ » _____ 2023г.

***При обращении к врачу иметь при себе результат флюорографии, выписку из медицинской карты**

Предъявлять при закрытии Больничного листа