

Главному врачу
учреждения здравоохранения «19-я
центральная районная поликлиника
Первомайского района г. Минска»
Сорока С.А.
от _____
(Ф.И.О. гражданина Республики Беларусь)

ЗАЯВЛЕНИЕ № _____

Я, _____
(Ф.И.О. полностью)

Дата, месяц, год рождения _____

Проживающий (ая) _____
(адрес места жительства (места пребывания))

Телефон для связи _____
(домашний или мобильный с указанием кода оператора)

Зарегистрированный (ая) по адресу _____
(адрес регистрации по паспорту)

Прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в учреждении
здравоохранения «19-я центральная районная поликлиника Первомайского района
г. Минска с _____ по _____

В настоящее время медицинская помощь оказывается в _____

(название государственного учреждения здравоохранения, адрес)

(дата)

(подпись)

