

Приложение 1
к Инструкции о порядке оказания
медицинской помощи гражданам
Республики Беларусь вне их места
жительства (места пребывания)

Руководителю государственного
учреждения здравоохранения по
месту временного закрепления

УЗ «13-ая городская

(название)

поликлиника»

от _____ .
(Ф.И.О.)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,

_____ .
(Ф.И.О., год рождения)

проживающий (-ая)

_____ .
(адрес фактического места жительства (места пребывания))

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в

_____ .
(название государственник; учреждения здравоохранения)

с _____ по _____ .

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего

_____ .
жительства (месту пребывания) в

_____ .
(название государственного учреждения здравоохранения, адрес)

Дата _____ Подпись _____

Паспортные данные: