

ИНОГОРОДНИЕ

гр. инвалидности (I, II, III) если есть Республика Беларусь пне их места жительства шеста пребывания)

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

Руководителю государственного
учреждения здравоохранения по
месту временного закрепления

УЗ «13-ая городская

(название)

зполиклиника»

от Иванова А. Я.

(Ф.И.О. гражданина Республики Беларусь)

гор.тел. 273-73-73

моб.тел. +375(29)654-92-92

Как с вами можно связаться:

Указать ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Иванов Иван Иванович, 15.06.1986 г.р.

(Ф.И.О., год рождения)

проживающий (-ая) ул. Восточная, д.26 кв.11 (адрес проживания)

(адрес фактического места жительства (места пребывания))

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в

УЗ «13-ая городская поликлиника»

о прекращении мед. обслуживания предупредён (-а)

(название государственник; учреждения здравоохранения)

с 06.07.2019 по 06.07.2020 . (заявление только на 1 год)

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего

жительства (месту пребывания) в г.Барановичи, ул.Курчатова, 1 кв.1

адрес прописки по паспорту+поликлиника/больница в которой
обслуживались ранее, паспортные данные, указать ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!

Барановичская городская поликлиника №2

(название государственного учреждения здравоохранения, адрес)

Дата 06.07.2019

Подпись _____

Паспортные данные: АВ2373737 Барановичским ГОВД Бр.обл. 16.11.2013

МИНСКИЕ

гр. инвалидности (I, II, III) если есть Республика Беларусь пне их места жительства шеста пребывания)

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

Руководителю государственного
учреждения здравоохранения по
месту временного закрепления

УЗ «13-ая городская

(название)

поликлиника»

от **Иванова И. И.**

(Ф.И.О. гражданина Республики Беларусь)

гор.тел. 273-73-73

моб.тел. +375(29)654-92-92

Как с вами можно связаться:

Указать ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Иванов Иван Иванович, 15.06.1986 г.р.

(Ф.И.О., год рождения)

проживающий (-ая) ул. Восточная, д.26 кв.11 (адрес проживания)

(адрес фактического места жительства (места пребывания))

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в

УЗ «13-ая городская поликлиника»

о прекращении мед. обслуживания предупредён (-а)

(название государственник; учреждения здравоохранения)

с **06.07.2019** по **06.07.2020** . (заявление только на 1 год)

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего

жительства (месту пребывания) в г.Минск, ул.Рафиева, д.22 кв.1

**адрес прописки по паспорту+поликлиника/больница в которой
обслуживались ранее, паспортные данные, указать ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!**

25-я центральная районная поликлиника

(название государственного учреждения здравоохранения, адрес)

Дата **06.07.2019**

Подпись _____

Паспортные данные: МР2373737 Московским РУВД г.Минска 16.11.2013

Примечание к заполнению заявления

1) В тексте заявления ФИО прописывается полностью, так же указывается полная дата рождения.

2) После слова «проживающий (-ая)» указывается адрес по которому проживает гражданин на данный момент, т. е. адрес фактического пребывания, который наша поликлиника обслуживает.

3) Далее гражданин просит разрешение для получения медицинской помощи в нашей поликлинике и обязательно указывает, что «о прекращении медицинского обслуживания предупреждён (-а)».

4) Дата проставляется, как правило, с даты написания заявления и только на 1 год не более.

5) Затем указывается ваш либо адрес прописки из паспорта, либо же адрес где вы проживали ранее до переезда по адресу, который был указан выше.

Так же далее обязательно указывается поликлиника или больница в которой вы обслуживались (либо были прикреплены).

Таким образом, мы будем направлять в данное УЗ уведомление о том, что вы будете обслуживаться у нас. Это нужно для того что бы мы знали вашу историю болезни, если таковая имеется.

6) В конце указываете дату написания заявления, подпись и свои паспортные данные: серия, номер паспорта, кем и когда выдан документ.

7) Так же настоятельно просим оставлять свои контактные данные на случай неправильного заполнения заявления, в противном случае оно не будет рассмотрено и вам не будет разрешено обслуживаться в нашей поликлинике.