

Главному врачу
УЗ «2-я центральная районная поликлиника
Фрунзенского района г.Минска»

(Ф.И.О.гражданина, адрес регистрации по паспорту)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(Ф.И.О., год рождения)

проживающий(ая) _____
(адрес проживания)

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в УЗ «2-я центральная районная поликлиника Фрунзенского района г.Минска» с _____ по _____

Паспорт личный № _____,
(орган, выдавший паспорт)

_____, _____
(дата выдачи)

Категория льгот в соответствии с Законом Республики Беларусь от 14.06.2007 № 239-З «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан» _____

(указать категорию льготы)

(документ, подтверждающий право на льготы, №, серия)

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего жительства (месту пребывания) в

(название государственного учреждения здравоохранения, адрес)

(дата)

(подпись)

Примечание: гражданин не позднее семи дней до окончания срока, на который был закреплен для получения медицинской помощи, обязан обратиться в учреждение с заявлением об откреплении его от оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях в данном учреждении либо с заявлением о продлении срока, на который был закреплен.