

Образец заявления (для взрослых)

Кому: Главному врачу [Наименование поликлиники]

От: [Ваше ФИО полностью]

Дата рождения: [дд.мм.гггг]

Паспорт: серия [серия] № [номер], выдан [кем и когда]

Полис ОМС: № [номер]

СНИЛС: № [номер] (при наличии)

Адрес регистрации (прописки): [улица, дом, квартира]

Адрес фактического проживания: [улица, дом, квартира]

Контактный телефон: [номер телефона]

Гражданство: [гражданство]

Заявление:

Прошу прикрепить меня для оказания первичной медико-санитарной помощи к [Наименование поликлиники], территориально расположенной по адресу [адрес поликлиники].

Дата: [дд.мм.гггг]

Подпись: [Ваша подпись]