

Главному врачу
УЗ «31-я городская поликлиника»
Чертко Э.Н.

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

(Ф.И.О., год рождения)

проживающий (ая) _____

(адрес места жительства (места пребывания))

Прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в Вашей
поликлинике с _____ по _____

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моей
регистрации

(прописки) _____

(название государственного учреждения, адрес)

Дата

Подпись