

## ОБРАЗЕЦ

Главному врачу  
БУЗ ВО «Вологодская городская  
поликлиника № 3» Кудрякову А.Д.  
ФИО законного представителя  
ребенка: \_\_\_\_\_  
(для детей до 18 лет)

Фамилия Иванов  
Имя Иван  
Отчество Иванович  
Дата рождения 01.02.2001 года  
Адрес регистрации по паспорту  
Вологодская обл., г. Харовск, ул.  
Мира д. 1, кв. 1  
Паспорт (свидетельство о рождении):  
Серия 1315 № 111111  
Выдан: 01.01.2001г., кем выдан  
Данные полиса ОМС: 16 цифр на  
лицевой стороне, от какого числа и  
кем выдан  
СНИЛС 206-548-742-21  
Телефон 8-999-999-99-99

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня (моего ребенка) для медицинского обслуживания в БУЗ ВО «Вологодская поликлиника № 3» по адресу: указать адрес проживания: г. Вологда, ул. Конева, д. 1, кв. 1

Открепив меня от ЦРБ (или наименование другой поликлиник, где обслуживались ранее)

Дата прикрепления: 01.01.2022 года

Подпись заявителя: \_\_\_\_\_