

ОБРАЗЕЦ для Минска

Руководителю государственного
учреждения здравоохранения
«13-я городская поликлиника»
от Иванова И.И.
(Ф.И.О. гражданина Республики Беларусь)

гор.тел. 273-73-73
моб.тел. +375(29)654-92-92
(контактный телефон)

**Как с вами можно связаться:
Указать ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Иванов Иван Иванович, 15.06.1970 г.р.

(Ф.И.О.(полностью), год рождения)

прописанный (-ая) ул. Острошицкая, д.11, кв.123 (адрес прописки)

(адрес прописки из паспорта)

проживающий (-ая) ул. Восточная, д.26, кв.12 (адрес проживания)

(адрес фактического места жительства/пребывания)

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в УЗ «13-я городская поликлиника»

с 01.02.2024 по 31.01.2025

(не более 1-го года)

О прекращении медицинского обслуживания предупреждён (-а).

Категория льгот в соответствии с Законом Республики Беларусь от 14.06.2007 №239-3 «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан»

Если есть: указать категорию льгот (группу инвалидности и пр.), документ подтверждающий право на льготы, №, серию)

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего жительства в

28-я городская поликлиника

(название государственного учреждения здравоохранения)

Обязательно указать поликлинику в которой обслуживались ранее!

Дата 01.02.2024

Подпись _____

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

4) Затем обязательно указывается поликлиника/амбулатория в которой вы обслуживались (либо были прикреплены) ранее.

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 (анамнез), если таковая имеется.

5) Если есть группа указываете категорию льгот (группу инвалидности и пр.), документ подтверждающий право на льготы, №, серию).

6) Так же настоятельно просим оставлять свои контактные данные.

ОБРАЗЕЦ для иногородних

Руководителю государственного
учреждения здравоохранения
«13-я городская поликлиника»
от Иванова И.И.
(Ф.И.О. гражданина Республики Беларусь)

гор.тел. 273-73-73

моб.тел. +375(29)654-92-92
(контактный телефон)

**Как с вами можно связаться:
Указать ОБЯЗАТЕЛЬНО!!!**

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, Иванов Иван Иванович, 15.06.1970 г.р.

(Ф.И.О.(полностью), год рождения)

прописанный (-ая) г.Барановичи, ул. Курчатова, д.1, кв.1 **(адрес прописки)**

(адрес прописки из паспорта)

проживающий (-ая) ул. Острошицкая, д.11, кв.123 **(адрес проживания)**

(адрес фактического места жительства/пребывания)

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в УЗ «13-ая городская поликлиника»

с 01.02.2024 по 31.01.2025

(не более 1-го года)

О прекращении медицинского обслуживания предупреждён (-а).

Категория льгот в соответствии с Законом Республики Беларусь от 14.06.2007 №239-3 «О государственных социальных льготах, правах и гарантиях для отдельных категорий граждан»

Если есть: указать категорию льгот (группу инвалидности и пр.), документ подтверждающий право на льготы, №, серию)

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего жительства в

Барановичская городская поликлиника №2

(название государственного учреждения здравоохранения)

Обязательно указать поликлинику в которой обслуживались ранее!

Дата 01.02.2024

Подпись _____

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

4) Затем обязательно указывается поликлиника или больница в которой вы обслуживались (либо были прикреплены) ранее.

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 (анамнез), если таковая имеется.

5) Если есть группа указываете категорию льгот (группу инвалидности и пр.), документ подтверждающий право на льготы, №, серию).

6) Так же настоятельно просим оставлять свои контактные данные.