

Главному врачу государственного
учреждения «Республиканский
клинический медицинский центр»
Управления делами
Президента Республики Беларусь
Абельской И.С.

(фамилия, имя, отчество (если таковое имеется))

зарегистрированного по месту жительства:

идентификационный номер, а при его
отсутствии данные документа,
удостоверяющего личность _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

«_____» _____ 20____ г.

Прошу заключить договор возмездного оказания медицинских услуг на
_____ обслуживание

(амбулаторно-поликлиническое / комплексное, нужное указать)

в 202____ году _____
(степень родства) (фамилия, имя, отчество, (если таковое имеется))

_____, _____,
(гражданство) (дата рождения)

адрес проживания, номер телефона)

идентификационный номер, а при его отсутствии данные документа, удостоверяющего личность)

с формой оплаты _____. Под медицинским наблюдением
(за год / по полугодиям, нужное указать)

в учреждении _____,
(находился / не находился, нужное указать, если находился – указать период и номер медицинской карты)

группа инвалидности _____.
(не имеется / имеется, нужное указать, если имеется – указать группу)

(подпись)

(инициалы, фамилия)

(для визирования специалистами)