

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

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

гражданина _____,
(указать гражданство)

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

Под медицинским наблюдением 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)