

Главному врачу
учреждения здравоохранения
«Могилевская поликлиника № 4»

Морозову В.А.

от

(Ф.И.О. гражданина Республики Беларусь)

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,

(Ф.И.О., год рождения)

проживающий

(ая) _____

(адрес места жительства (места пребывания))

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в
учреждении здравоохранения «Могилевская поликлиника № 4»

с _____ по _____.

До настоящего времени медицинская помощь оказывалась в
учреждении _____ здравоохранения

Зарегистрирован по адресу:

(дата)

(подпись)