

Главному врачу
БУЗ ВО «Чергорроддом»
Мяснову Герману Валентиновичу

Ф. _____

И. _____

О. _____

Адрес _____

Паспорт _____ № _____

Выдан _____

№ полиса ОМС _____

тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу прикрепить меня для медицинского обслуживания в БУЗ ВО «Череповецкий городской родильный дом», открепив от БУЗ ВО «ВОКБ № 3»

(дата)

(подпись заявителя)

Рег.№ _____ дата _____