**ОБРАЗЕЦ ЗАПОЛНЕНИЯ**

Главному врачу

Учреждения здравоохранения

«Узденская ЦРБ»

Дрейчуку А.А.

 ***Иванова Ивана Ивановича***

(Ф.И.О.)

***г.Минск, ул.Кижеватова, 2-48***

(адрес регистрации по паспорту)

***РБ, Минская обл, Узденский р-н., а.г. Войково***

(место рождения)

***моб. 8(029)111 111 111, гор. 222 3333***

 (контактный телефон)

***паспорт МР2222222, 1111183Н000РВ0*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(серия, номер, идентификационный номер паспорта, кем выдан)

***Московским РУВД г. Бреста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***04.09.2008 01.02.2028\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

 (дата выдачи паспорта и срок действия)

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, ***Иванов Иван Иванович, 23.05.1971 года рождения***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О., дата и год рождения)

проживающий (ая) ***г.Минск, ул.Алибегова, 12-5***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(адрес фактического места жительства (места пребывания)

прошу закрепить меня для получения медицинской помощи в УЗ «Узденская УРБ» с ***01.02.2020 (сегодняшняя дата)***  по ***не заполняется***.

В настоящее время медицинская помощь оказывается по месту моего жительства (месту пребывания) в  ***не заполняется***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(название государственного учреждения здравоохранения, адрес)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***01.02.2020*** |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата заполнения) |   | (подпись) |