

Наименование и фактический адрес медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь, в которой гражданин находится на обслуживании на момент подачи заявления _____

выбираю Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Стоматологическая поликлиника № 18» для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в пределах территории Санкт-Петербурга, в котором в настоящий момент проживаю.

« ____ » _____ 2015 ____ г.

_____/_____/_____
Ф.И.О.

С перечнем врачей, количеством граждан, выбравших указанных медицинских работников, и сведениями о территориях обслуживания (врачебных участках) указанных медицинских работников при оказании ими медицинской помощи ознакомлен(а):

« ____ » _____ 2015 ____ г.

_____/_____/_____

Не возражаю

_____ 2015 год

Главный врач СПб ГБУЗ СП-18


_____ Алескеров Д.Ш.

