

Приложение 3
к приказу УЗ «7-я городская
стоматологическая поликлиника»
11.05.2026 № 96-П

**Главному врачу
учреждения здравоохранения
«7-я городская стоматологическая
поликлиника»**

(фамилия и инициалы руководителя)

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

гражданина или его законного представителя)

зарегистрированного (ой) по адресу:

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я,

(Ф.И.О., дата рождения)

проживающий (ая) по адресу: _____

**прошу закрепить для получения медицинской помощи
по стоматологии в учреждении здравоохранения «7-я городская
стоматологическая поликлиника» (отметить «V»)**

меня

моего несовершеннолетнего ребенка, представляемое лицо

(ФИО, дата рождения ребенка, иного лица)

с « ____ » _____ года по « ____ » _____ года.

(дата)

(подпись)

(фамилия, инициалы)