

Директору
ТОО «Достар Мед»
Л.А.Хван

От _____
(Ф.И.О)

ИНН _____
Контактные

данные _____

Адрес проживания _____

Заявление

В соответствии приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года №281 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» прошу Вас прикрепить меня на медицинское обслуживание в ТОО «Достар Мед » г. Алматы для получения ГОБМП в медицинской организации, оказывающую первичную медико-санитарную помощь (копия документа , удостоверяющего личность прилагается).

Подпись _____

Дата _____

(Подпись должна соответствовать с подписью в удостоверении!)