Приложение № 6

к приказу ГУЗ «ГКБ № 2

г. Тулы имени Е. Г. Лазарева»

от25.07.18 № 111-осн

Главному врачу

ГУЗ «ГКБ № 2 г. Тулы имени Е. Г. Лазарева»

М. А. Томаевой

Заявление на патронажное обслуживание маломобильного пациента

Прошу вас принять меня на патронажное обслуживание в ГУЗ «ГКБ №2 г. Тулы имени Е. Г. Лазарева».

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Паспорт серия\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место регистрации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место проживания\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Маломобильность (инвалидность)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Разрешаю предоставление своих персональных данных и даю согласие на их обработку в соответствии с Федеральным законом РФ от 27 июля 2006 года №152-ФЗ «О персональных данных».

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Подпись Ф.И.О.