**ЗАЯВКА НА ПРИЕМ К ВРАЧУ**

|  |  |
| --- | --- |
| ФИО |   |
| Дата рождения |   |
| Номер полиса |   |
| Жалобы (причина обращения) |   |
| Указать специализацию врача, к которому требуется запись или список назначенных диагностических (лечебных) процедур |   |
| В какое лечебное учреждение желательно записать (наименование лечебного учреждения с указанием адреса), а  также альтернативное лечебное учреждение |   |
| Предпочтительное время (дата посещения врача, либо наоборот - за исключением какого времени следует записать) |   |
| Удобный способ обратной связи (СМС или звонок) |   |
| Контактный номер телефона  |   |