**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 |  |