

Главному врачу ДПО №__ Санкт-Петербурга,
(адрес детской поликлиники)

ИЛИ

Главному врачу ГП №__ Санкт-Петербурга
(адрес поликлиники)

В Отдел здравоохранения района
(указать ваш район)
(почтовый адрес)

При необходимости:

В Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга
Санкт-Петербург, ул. Малая Садовая, д. 1

ИЛИ

В Комитет по здравоохранению ЛО
г. Санкт-Петербург, Невский пр., д. 113

В Медицинскую страховую компанию, в
которой юноша застрахован
(почтовый адрес)

От (ФИО пациента)

Адрес для ответа, номер полиса ОМС

ЗАПРОС

о порядке приема врачом пациентов, состоящих на диспансерном учете

Я, ФИО, год рождения, состою на диспансерном учете (укажите медицинское учреждение)
у врача-хирурга с заболеванием (укажите диагноз) с (укажите дату постановки на учет).

Прошу сообщить мне о предусмотренных днях приема диспансерных больных врачом
хирургом: по каким числам проходят, какова частота повторения приемов в год.

На данный запрос прошу ответить по существу в письменном виде в установленный законом
срок.

С уважением,

Подпись /ФИО/

«___» _____ 20__ г.