

Заявка на первичный приём в ГБУЗ ООД

ФИО (полностью)	
Число, месяц, год рождения	
Серия, № паспорта, дата выдачи	
№ страхового медицинского полиса Название страховой компании	Номер указывать полностью - 16 цифр
№ СНИЛС	
Место жительства по прописке	
Желаемая дата приёма	
Адрес своей электронной почты	
Номер контактного телефона	
Если нет направления, укажите диагноз или проблему	

Ответ на заявку придет на указанную Вами электронную почту.