

Директору
КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3» УОЗ г. Алматы
Молдагасимовой А. Б.

От: _____

Адрес проживания _____

ИИН ребенка: _____

Контактный телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас дать разрешение на прикрепление моего ребенка:

к КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3» УОЗ г. Алматы, в соответствии с Приказом МЗ РК от 24 августа 2021 года № ҚР ДСМ-90 «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи» и Приказом МЗ РК от 13 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-194/2020 «Об утверждении правил прикрепления физических лиц к организациям здравоохранения, оказывающим первичную медико-санитарную помощь».

Участок педиатрии _____

Кабинет _____

Дата подачи заявления «_____» _____ 2025г.

Подпись _____