

СПб ГУБЗ «Кожно-венерологический диспансер №2»
196084, г. Санкт-Петербург, Московский пр., д. 95 кор. 3, лит. А

Главному врачу Атрощенко А.В.

от _____

(Ф.И.О)

(дата, место рождения)

(паспорт)

(место жительства)

(место и дата регистрации)

(контактная информация)

(номер полиса)

(наименование страховой организации)

Заявление

