

Заявление для регистрации в список семейного врача

Имя семейного врача

Мое имя

Личный код

Место жительства согласно регистру народонаселения Эстонии

.....

Мои контактные данные (телефон, место жительства)

.....

Прошу внести меня в список.

Мой предыдущий семейный врач

Члены моей семьи, находящиеся со мной в родстве или свойственном родстве,
уже внесённые в список семейного врача:

.....

(имя, фамилия, личный код, степень родства)

*(указать, если выбирается семейный врач, обслуживающий список, состоящий
из более 2000 лиц)*

Выбираю список *(поставить X на подходящей строке)*:

- впервые
- меняю список семейного врача

Подпись

Дата

Заполняет семейный врач:

- Согласен
- Отказываюсь
- Причина отказа

Имя семейного врача

Подпись семейного врача

Дата