Директору  ГБУ ТЦСО «Ховрино»

Денисовой Н.А.

от ФИО

г.Москва, ул.ХХХХХХ, д.ХХ, кв.ХХХ

Телефон: 8(9ХХ)ХХХ-ХХХХ

ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с наличием необходимости провести моё обследование, дальнейшее лечение и протезирование (отношусь к группе маломобильных граждан  – 19ХХ год рождения, инвалид Х группы) прошу обеспечить незамедлительное внесение меня в список для обеспечения медицинской стоматологической помощью по месту проживания граждан, относящихся к группе маломобильного населения.

Информацию о внесении в список и направлению сведений в стоматологическую поликлинику №49 предоставить в письменном виде по адресу:

1ХХХХХ, г.Москва, ул.ХХХХХХ, д. ХХ, кв. ХХХ.

ХХ. ХХ.20ХХг.    ФИО

(представитель по доверенности

77АБ ХХХХХХХ ФИО)