Главному врачу
бюджетного учреждения здравоохранения

Орловской области «Орловская областная

стоматологическая поликлиника»
Болгову С.В.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(от кого)

Заявление

Прошу Вас снять с меня запрет самостоятельной записи на прием к врачу, введенный после двух моих неявок на прием, на портале Электронная регистратура Орловской области (https://er.zdravorel.ru/) и на Федеральном портале государственных услуг (https://www.gosuslugi.ru/).

При невозможности прийти на прием, на который произведена запись, обязуюсь отменить запись на прием к врачу на портале Электронная регистратура Орловской области (https://er.zdravorel.ru/), на Федеральном портале государственных услуг (<https://www.gosuslugi.ru/>) или по телефону регистратуры БУЗ Орловской области «ООСП»:

+7 (4862) 55-15-00 – Главный корпус (302030, г.Орел, ул.Герцена, д.2),

+7 (4862) 72-18-18 – Филиал №1 (302043, г.Орел, ул.Комсомольская, д. 249, 249а),

+7 (4862) 33-49-13 – Филиал №2 (302025, г.Орел, Московское ш., д. 137, кор. 5а).

Начало формы

Фамилия имя отчество:
Е-mail:
Полис ОМС:
Адрес проживания:
Область:
Город:
Улица:
Дом/строение/корпус:
Квартира:
Индекс:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (дата) | (подпись) | (Фамилия И.О.) |