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

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

+7 (4862) [33-49-13](tel:+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.) |