



Будь ласка, заповнюйте декларацію друкованими літерами

1 Пацієнт

1.1 Прізвище _____
1.2 Ім'я _____
1.3 По батькові _____
1.4 Дата народження _____ / _____ / _____
день місяць рік 1.5 Стать Ч Ж

3 Документи, що посвідчують особу

3.1 паперову копію додано
не обов'язково при електронному заповненні

3.2 Тип документу обведіть потрібне ПАСПОРТ ID-КАРТКА ПОСВІДКА СВІДОЦТВО

3.3 Серія, номер документу _____

3.4 Місце народження згідно з даними документу, що посвідчує особу
країна _____
населений пункт _____

3.5 Номер облікової картки платника податків _____
не заповнюється в декларації пацієнтів, які відмовилися від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків, про що є відповідна відмітка в паспорті пацієнта

2 Контактні дані

2.1 Контактний телефон рекомендовано мобільний
+38 0 _____
 Мобільний телефон відсутній

2.2 Слово-пароль для ідентифікації по телефону

літери української абетки та цифри всього не менше шести знаків

2.3 Адреса електронної пошти

@ _____
за наявності

4 Адреса проживання — для надання допомоги за місцем проживання або перебування

4.1 Індекс _____ 4.3 Будинок _____ 4.4 Квартира _____
4.2 Тип та назва вулиці _____ вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз
4.5 Тип та назва населеного пункту м. – місто, с. – село, смт – селище міського типу

4.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 4.7 Область не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь

5 Контактна особа на випадок екстреної ситуації з пацієнтом

5.1 Прізвище _____ 5.3 Контактний номер телефону
5.2 Ім'я, по батькові _____ +38 0 _____

6 Адреса реєстрації Заповнюється, якщо не збігається із місцем проживання/перебування

6.1 Індекс _____ 6.3 Будинок _____ 6.4 Квартира _____
6.2 Тип та назва вулиці _____ вулиця, бульвар, проспект, провулок, площа, проїзд, узвіз
6.5 Тип та назва населеного пункту м. – місто, с. – село, смт – селище міського типу

6.6 Район області не заповнюється для міст обласного значення 6.7 Область не заповнюється для м. Київ та м. Севастополь

7 Лікар

7.1 Прізвище _____ 7.5 Телефон запису на прийом
7.2 Ім'я _____ +38 0 _____
7.3 По батькові _____ 7.6 Електронна пошта лікаря
7.4 Адреса місця надання послуг _____
_____ @ _____

8 Постачальник послуг первинної медичної допомоги

8.1 Назва _____ 8.5 Контактний телефон
8.2 Адреса місця реєстрації _____ +38 0 _____
_____ 8.6 Електронна пошта
8.3 Код ЄДР/РНОКПП _____ @ _____
8.4 Ліцензія МОЗ України _____ від _____ / _____ / _____

