

Приложение № 2 к Положению о порядке и условиях оказания социальных услуг Санкт-Петербургским государственным бюджетным учреждением социального обслуживания населения "Центр социальной реабилитации инвалидов и детей инвалидов Московского района" на условиях полной оплаты

Анкета получателя услуг

- 1 ФИО клиента: _____
 - 2 Дата рождения: _____
 - 3 Адрес проживания: _____

 - 4 Адрес регистрации: _____

 - 5 Телефон домашний, сотовый: _____
 - 6 Основное заболевание: _____

 - 7 Сопутствующее заболевание: _____

 - 8 Реквизиты документа, удостоверяющего личность:
паспорт: _____ *выдан:* _____

 - 9 Посещаемое медицинское учреждение (если есть): _____

 - 10 Почтовое отделение (индекс) _____
 - 11 Законный представитель в лице: _____
 - 12 Адрес законного представителя: _____
 - 13 Документ, подтверждающий полномочия: _____

- Дата: _____ Ф.И.О. _____
- Подпись: _____