

ПРИЛОЖЕНИЕ № 5
к Положению о порядке и условиях
предоставления Санкт-Петербургским
государственным бюджетным учреждением
социального обслуживания населения «Центр
социальной реабилитации инвалидов и детей-
инвалидов Московского района» социальных
услуг на условиях полной оплаты,
утвержденному приказом директора СПб
ГБУСОН «ЦСРИДИ Московского района»
от «29» 03 2021 г. № 01/64

Анкета получателя социальных услуг

1 ФИО клиента: _____

2 Дата рождения: _____
Адрес _____

3 проживания: _____

Адрес _____

4 регистрации: _____

Телефон домашний, _____

5 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: _____