

Служба ранней помощи

624162, Свердловская область, г. Верхний Тагил, ул. Островского, д. 60

Тел.: +7-962-314-39-69

e-mail: vt-ddsh@mail.ru

БЛАНК РЕГИСТРАЦИИ ОБРАЩЕНИЯ

Дата обращения ____ / ____ / 202__ г.

Форма обращения

Телефонный звонок

Визит

Кто обращается Ф.И.О.:

(родитель /законный представитель ребенка)

Кто направил:

Основная проблема:

Ребёнок Ф.И.О.:

Дата рождения: _____ Возраст: _____

Место проживания:

Контактная информация (телефон): _____

e-mail: _____

Удобное время для приема: _____

ЗАПИСАН НА ПЕРВИЧНЫЙ ПРИЕМ

Дата: _____

Специалисты: _____