

№ амбулаторной карты _____ Участок № _____

ТАЛОН ОТКРЕПЛЕНИЯ ОТ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Ф.И.О. ребенка _____

Дата рождения _____ Пол: муж., жен.

Свидетельство о рождении (серия, №) _____

Дата открепления _____ Подпись мед. статиста _____

Причина: отказ; выезд; смерть

Подпись руководителя медицинской Ф.И.О. врача _____

организации _____ Подпись (врача) _____

М.П.