

КАРТА ВЫКОПИРОВКИ ИНФОРМАЦИИ О ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Поликлиника № _____
Территориальный участок № _____

Фамилия _____

Имя _____

Отчество _____

Пол _____ Возраст _____

Социальная группа _____

Домашний адрес _____

[illegible]