

Руководителю _____
(наименование медицинской организации)

ЗАЯВЛЕНИЕ

О направлении для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет средств федерального бюджета

Я, _____
(фамилия, имя, отчество(при наличии пациента)пациента)

1.Дата рождения: _____
(число, месяц, год)

2.Документ,удостоверяющий личность _____
(наименование, номер и серия
_____ документа , кем и когда выдан)

3.Адрес регистрации по месту жительства _____
_____ (почтовый адрес)

4.Адрес фактического проживания _____
_____ (почтовый адрес фактического проживания)

5.Контактные телефоны, электронный адрес (при наличии): _____

6.Фамилия,имя,отчество законного представителя(доверенного лица): _____

7.Документ удостоверяющий личность законного представителя(доверенного лица): _____

8.Адрес регистрации по месту жительства: _____

Данные, указанные в заявлении, соответствуют представленным документам.

**Прошу направить для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет
средств федерального бюджета.**

Подпись пациента _____

/ _____ /

Законного представителя (доверенного лица)

Дата