

Главному врачу ГБУ РО «ОДКБ»

Пискуновой С.Г.

от _____

Проживающего (й) по адресу: _____

Конт. тел: _____

Заявление.

Прошу Вас рассмотреть документы моего ребенка

_____ года рождения, для направления на лечение в отделение

для оказания ВМП за счет средств ОМС, на основании заключения специалистов ГБУ РО «ОДКБ».

Дата _____ 2025 г.

_____/_____/