

Заместителю председателя комиссии
по ВМП МЗ РО
Л.А. Игнатенко

от _____

Ф.И.О. законного представителя

Паспорт _____

(серия, номер, кем и когда выдан)

Проживающего(ей) по адресу,

контактный телефон

Заявление.

Прошу Вас рассмотреть документы моего ребенка

(Ф, И.О. дата рождения, документ удостоверяющий личность свидетельство о рождении или паспорт)

для направления на лечение

(указать медицинскую организацию)

По квоте за счет средств федерального бюджета.

О решении комиссии МЗ РО по отбору пациентов прошу информировать
меня в телефонном режиме.

« _____ » _____ 2025 г.

_____ / _____ /