

Заведующему ВПО № _____ Санкт-Петербурга

Адрес:

ФИО

Копия для контроля- в отдел здравоохранения _____ района СПб

Адрес: 100000, _____ пр.. д.____

от ФИО призывника/пациента

№ полиса ОМС _____, Наименование страховой орг.

Адрес регистрации (призывника/пациента): 100000, СПб, пр. _____, д. _____, кв. _____

Конт.тел +7-

ЗАЯВЛЕНИЕ

В соответствии с действующим законодательством РФ, а именно:

- ст. 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ,
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2020 г. № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» (Приложение к приказу)

ПРОШУ:

- предоставить мне медицинское заключение на бумажном носителе от врача – специалиста – пульмонолога в соотвт. с п. 2, 3 и 10 Приказа № 972н;
- в медицинское заключение вписать сведения в соответствии с п.п. «г» и «е» п.11 Приказа № 972н;
- поставить подписи и печати на медицинском заключении пульмонолога в соотв. с п. 7 Приказа № 972н;
- выдать требуемое медицинское заключение в срок, не превышающий 3 рабочих дней в соотв. с п.17 Приказа № 972н
- о дате выдачи сообщить по указанному номеру конт.телефона.

« ____ » _____ 20 г.

_____/ФИО

/подпись/