

1. Заведующему ДПО № 00 Санкт-Петербурга

ФИО

Адрес: Санкт-Петербург, _____, д. 00, корп. 0

Копия:

3. В ООО _____ /медицинское страхование по ОМС/

Адрес: 100000, Санкт-Петербург, ул. _____, д. __,

от ФИО

законного представителя ФИО призывника, 00.00.0000г.р.

Адрес для ответа: 100000, СПб, _____, д. 00, кв. 00

Контактный телефон +7- _____

З А Я В Л Е Н И Е

Мой сын, ФИО призывника, 00.00.0000г.р., имеет заболевание

«Бронхиальная астма» /код по МКБ-10 J45.0/,

«Аллергический ринит» /J30.1/,

«Поллиноз»,

«Аллергический риноконъюнктивит»,

«Атопический дерматит» /L20.8/,

«Аллергическая крапивница» /L50.0/

«Пигментный невус» /D22/

С 00 месяца 0000 года регулярно проходит лечение, состоит на диспансерном учете в ДПО 00 у врача-аллерголога ФИО.

С 00 месяца 0000 года состоит на диспансерном учете по заболеванию «Атопический дерматит» в СПбГБУЗ «КВД № » у врача – дерматовенеролога ФИО.

В связи с законодательством РФ, регулирующим передачу детей, достигших 18-летнего возраста, из детских амбулаторно-поликлинических учреждений в амбулаторно-поликлинические учреждения общей сети, а также в связи с тем, что ФИО призывника состоит на диспансерном учете в детской поликлинике

ПРОШУ:

Заведующего ДПО № 00:

1. подготовить все необходимые документы для перевода (переводной эпикриз, лист уточненного диагноза, контрольную карту диспансерного наблюдения и другие документы, если необходимо);
2. выдать на руки мне – законному представителю ФИО /призывника/ – ФИО /законного представителя/ надлежащим образом заверенные копии переводных документов;
3. передать все необходимые для перевода документы в ВПО № ____ своевременно, не позднее ____ дней со дня 18-летия ФИО призывника / или не позднее 3-х дней с 00.00.0000г.
4. дать письменный ответ по существу обращения в установленный законом срок.

Дата

Подпись