

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_,  
(фамилия, имя, отчество (при наличии))

Документ, удостоверяющий личность

\_\_\_\_\_

(наименование, номер и серия документа, кем и когда выдан)

Адрес регистрации по месту жительства

\_\_\_\_\_

(почтовый адрес)

\_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания

\_\_\_\_\_

Контактный телефон

\_\_\_\_\_

Прошу направить меня в \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

название медицинского учреждения

на оказание высокотехнологичной медицинской помощи.

Дата

Подпись