|  |
| --- |
| Главному врачу |
|  |
| наименование поликлиники по месту жительства |
|  |
| ФИО главного врача поликлиники |
| От |  |
|  | ФИО родителя и степень родства с ребенком (мать, отец) |
|  |
| ФИО ребёнка |
|  |
| место жительства (по паспорту) |
|  |
| полис ОМС, наименование страховой медицинской организации |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Статья 21. Выбор врача и медицинской организации) и приказом Минздрава России от 21.12.2012 №1342н «Об утверждении Порядка выбора гражданином медицинской организации (за исключением случаев оказания скорой медицинской помощи) за пределами территории субъекта Российской Федерации, в котором проживает гражданин, при оказании ему медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи»

прошу выдать направление (форма № 057/у-04) моему ребенку

|  |
| --- |
|  |
| ФИО ребёнка, год рождения |

в детский дневной стационар ООО «НИМЦ Медика-Менте» (г. Королёв, Московская область) для оказания специализированной медицинской помощи (амбулаторной и стационарной).

|  |
| --- |
| Диагноз:  |
|  |
| В случае отказа в выдаче направления моему ребенку прошу дать письменный ответ и направить его по адресу: |
|  |
| Улица, № дома, № квартиры. Населенный пункт. Район. Республика, край, область, АО. Почтовый индекс. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2018 г. |  |  |
| дата |  | подпись | расшифровка подписи |

**Отметка о регистрации заявления в поликлинике:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2018 г. | вх. № |  |  |  |  |
| дата |  |  |  |  | подпись должностного лица | расшифровка подписи |