**ЗАЯВКА**

Просим принять на медицинскую реабилитацию в филиал\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФГБУ «СКК «Подмосковье» МО РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сроком на

 (Ф. И. О.)

 \_\_\_ дней с датой предполагаемого заезда с « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

|  |
| --- |
| **Сведения о лице, направленном на медицинскую реабилитацию** |
| **Фамилия, имя, отчество** (полностью) |  |
| **Дата и год рождения** |  |
| **Член какой организации** является заявитель |  |
| **Участие в боевых действиях** (регион) |  |
| **Удостоверение ветерана ВОВ, боевых действий, военной службы** (указать какое и номер) |  |
| **Адрес места жительства и номер телефона** (домашнего, мобильного) |  |
| **Документ удостоверяющий личность (паспорт)** (серия, номер, дата выдачи, кем выдан) |  |
| **Полис медицинского страхования** (серия, номер, дата выдачи и окончания срока действия ) |  |
| Реабилитационное (восстановительное) лечение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата и год последнего заезда, кол-во дней) |  |
| Будет ли производиться протезирование (да, нет) |  |
| **Сведения о заезжающих членах семьи (сопровождающем лице)** |
| Жена (муж) (Ф.И.О., дата и год рождения, документ, удостоверяющий личность (паспорт, серия, номер, дата выдачи, кем выдан), адрес местожительства по паспорту, номер свид-ва о заключении брака (в случае разных фамилий у мужа и жены) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дети: (Ф.И.О., дата и год рождения, документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении, серия, номер, дата выдачи, кем выдан) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

С датой заезда, перечнем необходимых документов, правилами поведения в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ознакомлен. Обязуюсь при заезде представить необходимые документы и неукоснительно выполнять установленные правила.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Фамилия, инициалы)

**ЗАЯВКА**

**для членов семей погибших инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий**

Просим принять на медицинскую реабилитацию в филиал\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ФГБУ «СКК «Подмосковье» МО РФ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ сроком на

 (Ф. И. О.)

 \_\_\_ дней с датой предполагаемого заезда с « » \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2017 г.

|  |
| --- |
| **Сведения о лице, направленном на медицинскую реабилитацию** |
| **Фамилия, имя, отчество** (полностью) |  |
| **Дата и год рождения** |  |
| **Член какой организации** является заявитель |  |
| **Участие в боевых действиях погибшего (умершего)** (регион) |  |
| **Удостоверение погибшего (умершего) ветерана ВОВ, боевых действий, военной службы** (указать какое и номер) |  |
| **Адрес места жительства и номер телефона** (домашнего, мобильного) |  |
| **Документ удостоверяющий личность (паспорт)** (серия, номер, дата выдачи, кем выдан) |  |
| **Полис медицинского страхования** (серия, номер, дата выдачи и окончания срока действия ) |  |
| Реабилитационное (восстановительное) лечение в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(дата и год последнего заезда, кол-во дней) |  |
| Будет ли производиться протезирование (да, нет) |  |
| **Сведения о заезжающих членах семьи (сопровождающем лице)** |
| Жена (муж) (Ф.И.О., дата и год рождения, документ, удостоверяющий личность (паспорт, серия, номер, дата выдачи, кем выдан), адрес местожительства по паспорту, номер свид-ва о заключении брака (в случае разных фамилий у мужа и жены) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Дети: (Ф.И.О., дата и год рождения, документ, удостоверяющий личность (паспорт, свидетельство о рождении, серия, номер, дата выдачи, кем выдан) |  |

С датой заезда, перечнем необходимых документов, правилами поведения в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ознакомлен. Обязуюсь при заезде представить необходимые документы и неукоснительно выполнять установленные правила.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (подпись) (Фамилия, инициалы)