**ЗАЯВКА**

реабилитационной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделения

на комплексную реабилитацию

| №  п\п | ФИО  телефон | Дата рождения | Паспортные данные,  прописка | Ветеранское удостоверение | Заявление  Согласие  ОМС | Мед. документ | Членский билет ББ | Группа  инв.,  (коляска) | Дата заезда |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (наименование реабилитационного учреждения) | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  (наименование реабилитационного учреждения) | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Руководитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделения**

**С.Н. Князев**

**Председатель реабилитационной комиссии**

**С.Н. Князев**

**Секретарь реабилитационной комиссии**

**Ю.С. Шепотько**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дата)**