УТВЕРЖДЕНА

приказом министерства здравоохранения

Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_№ \_\_\_\_\_

Форма

**Заявление о постановке в реестр ожидания пациентов и выборе МО для проведения программы ВРТ**

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

(Ф.И.О. (отчество при наличии) )

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

(паспортные данные заявителя)

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

(адрес места жительства заявителя)

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

(контактный телефон)

Заявление

Прошу поставить меня в реестр ожидания пациентов, которым показана медицинская помощь с использованием ВРТ в рамках Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания пациентам медицинской помощи в Новосибирской области в клинике: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Прилагаемые документы:

* копия документа, удостоверяющего личность и регистрацию по месту жительства;
* копия документа, удостоверяющего личность партнера (при наличии);
* два экземпляра выписки из амбулаторной карты пациента;
* два экземпляра копии полиса обязательного медицинского страхования пациента;
* результаты анализов обследования пациента перед проведением лечения

с использованием ВРТ.

Дата заполнения:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Подпись заявителя:

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