ПРИЛОЖЕНИЕ № 2

к Положению об организации деятельности

мобильной (междисциплинарной) бригады

ФОРМА

**ЖУРНАЛ**

**учета доставки в медицинские организации** **и организации социального обслуживания мобильной (междисциплинарной) бригадой**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя, отчество гражданина  (последнее – при наличии) | Адрес места проживания  гражданина | Дата рождения гражданина | Дата доставки в медицинскую организацию | Дата доставки в организацию социального обслуживания | Подпись гражданина |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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