

Директору МУ «Реабилитационный центр
для людей с ограниченными возможностями
здоровья» г. Магнитогорска

Н. С. Чиняковой

от _____

(Фамилия, Имя, Отчество полностью)

проживающего(ей) по адресу: _____

_____ (указать адрес регистрации и фактического проживания)

телефон: _____

(контактный телефон, e-mail(при наличии))

Заявление

Прошу предоставить платные медицинские услуги в соответствии с перечнем и тарифами, утвержденными постановлением Администрации города Магнитогорска от 10.10.2017 № 11947-П, в полустационарной форме в условиях дневного пребывания на условиях полной оплаты.

С условиями предоставления, перечнем, порядком и сроком предоставления дополнительных медицинских услуг ознакомлен (а).

« » _____
(дата заполнения заявления)

(подпись)

(_____)
(расшифровка)

Регистрационный № _____
от _____