Заведующему ВПО № Санкт-Петербурга

Адрес:

ФИО

Копия для контроля- в отдел здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района СПБ

Адрес: 100000, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_пр.. д.\_\_

от ФИО призывника/пациента

№ полиса ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Наименование страховой орг.

Адрес регистрации (призывника/пациента): 100000, СПб, пр. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, д. \_\_\_\_, кв. \_\_\_

Конт.тел +7-

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

В соответствии с действующим законодательством РФ, а именно:

- ст. 22 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» № 323-ФЗ,

- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 сентября 2020 г. № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» (Приложение к приказу)

**ПРОШУ:**

- предоставить мне медицинское заключение на бумажном носителе от врача – специалиста – пульмонолога в соотвт. с п. 2, 3 и 10 Приказа № 972н;

- в медицинское заключение вписать сведения в соответствии с п.п. «г» и «е» п.11 Приказа № 972н;

- поставить подписи и печати на медицинском заключении пульмонолога в соотв. с п. 7 Приказа № 972н;

- выдать требуемое медицинское заключение в срок, не превышающий 3 рабочих дней в соотв. с п.17 Приказа № 972н

- о дате выдачи сообщить по указанному номеру конт.телефона.

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО

 /подпись/