О Б Р А З Е Ц

Министру здравоохранения  
Челябинской области  
Семёнову Ю.А.

От Миронова Сергея Александровича

(Фамилия, имя, отчество)

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

Проживающего по адресу:

454001, г. Челябинск,

ул. Университетская Набережная,

д. 37, кв. 24.  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Зарегистрированного по адресу:

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

Контактные номера телефонов:

8 904 8475124  
8 904 8423587

Заявление

Прошу Вас рассмотреть вопрос оказания мне высокотехнологичной медицинской помощи. Прилагаю исчерпывающий перечень необходимых документов.

Приложение: 1. Копия паспорта гражданина РФ

2. Копия СНИЛС

3. Выписка из медицинской документации

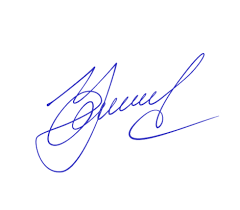
4. Направление на госпитализацию для оказания

высокотехнологичной медицинской помощи

5. Копия полиса ОМС

6. Согласие на обработку персональных данных

7. Рентгенограммы, серии снимков КТ, МРТ



Дата:23.03.2021 г. Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_