|  |  |
| --- | --- |
| **«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г** | **Ген. директору**  Стальмакову А.Л.  От:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (ФИО Пациента)  Контактный тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Электронная почта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Заявление**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента/ законный представитель пациента)

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р., паспорт серии \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

Прошу выдать документ, подтверждающий мою предварительную запись на прием в ООО МЦ «Нью Мед» оказание медицинской услуги / лечения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(наименование услуги или ФИО врача)

Планируемая дата оказания услуги: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2021г., время записи на прием: «\_\_:\_\_», адрес филиала клиники, в который Вы записались на прием (ответить «Да» в нужном поле):

Комсомольский пр-т, 36 «В» \_\_\_\_

ул. 40-летия Октября, 15 \_\_\_\_

с целью предоставления документа при выезде за пределы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для лечения.

(название страны, например: Республики Казахстан)

Документы прошу выдать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(на руки, отправить на эл почту)

ПРИЛАГАЮ:

1. КОПИЮ ПАСПОРТА (в соотв. со ст. 13 Федерального закона № 323-ФЗ)
2. Документ об оплате (сканированная копия).

Я предупрежден о необходимости предоставить **Справку об отрицательном результате теста на коронавирус (COVID -19), сделанного не ранее чем за три дня до прибытия на лечение (пересечения границы Российской Федерации).**

Настоящим ООО МЦ «Нью Мед» предупреждает заявителя о возможности несанкционированного доступа иных лиц к сведениям, содержащим врачебную тайну, в случае направления заявителем настоящего обращения посредством электронной почты, равно как и при отправлении заявителю готовых документов посредством электронной почты, почты России.

**СОГЛАСЕН** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(согласие, подпись заявителя)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

Пациент (законный представитель пациента)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись) (Ф.И.О.)