

Директору
ФГБУ «НМИЦ детской травматологии и
ортопедии имени Г. И. Турнера»
Минздрава России
С.В. Виссарионову

от _____
(Ф.И.О.)

Паспорт _____ № _____,
выдан _____

Адрес места проживания: _____

Телефон (контактный) _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я (пациент в возрасте старше 15 лет или законный представитель пациента в возрасте до 15 лет) _____
(фамилия, имя, отчество – полностью, год рождения)

Этот раздел бланка заполняется законным представителем лиц, не достигших возраста 15 лет, недееспособных лиц и в случаях, когда состояние пациента (в возрасте старше 15 лет) не позволяет ему выразить свою волю.

Я, _____ паспорт _____,
выдан _____
являюсь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребёнка или лица, признанного недееспособным, или лица, состояние которого не позволяет ему выразить свою волю _____
(Ф.И.О. ребёнка или недееспособного гражданина полностью, год рождения)

Прошу перенести дату плановой госпитализации, назначенную на:

« ____ » _____ 20 ____ г.

по причине: _____

! К заявлению необходимо приложить имеющиеся подтверждающие документы.

« ____ » _____ 20 ____ г.

(подпись, расшифровка)