

Приложение № 6
к приказу Министерства
здравоохранения
Мурманской области
от 27.03.2015 № 158

В Министерство здравоохранения
Мурманской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____,

(фамилия, имя, отчество, дата рождения),

прошу направить меня в специализированное медицинское учреждение

(наименование медицинской организации)

для оказания высокотехнологичной медицинской помощи.

Контактный телефон: _____

Дата _____

Подпись _____