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

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

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

Реквизиты ЛПУ

Исх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_

к реестру комплектов документов пациентов и комплектам документов пациентов на ВМП

В комиссию Комитета по здравоохранению  
по отбору и направлению граждан для оказания высокотехнологичной медицинской помощи,  
не включенной в базовую программу ОМС

Шкапина ул., д. 30, лит. А

198095 Санкт-Петербург

Направляем комплекты документов пациентов и реестр к ним на рассмотрение комиссии Комитета по здравоохранению по отбору и направлению жителей Санкт-Петербурга для оказания ВМП, не включенной в базовую программу ОМС (далее − ВМП).

Реестр комплектов документов пациентов и комплекты документов пациентов доверяется сдать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Приложение:

Комплекты документов в количестве \_\_\_\_ шт.

Реестр комплектов документов пациентов на \_\_\_ л. в 2-х экз.

Подпись ответственного за оказание ВМП в МУ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись заверяется печатью МУ)

**Реестр комплектов документов на ВМП к исх. № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | Ф.И.О. пациента | Дата рождения  пациента | Примечание |
|  |  |  |  |
| Сдал: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Принял: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |