|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Главному врачу ГБУЗ "ПККБ №1"  Попову А.В.  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Ф.И.О. полностью  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Адрес регистрации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| Заявление | | | |
| Прошу предоставить компенсацию расходов на оплату стоимости проезда в связи с оказанием высокотехнологичной медицинской помощи за пределами Приморского края.  Приложение:  копия документа, удостоверяющего личность заявителя;  копия документа, удостоверяющего личность уполномоченного представителя заявителя, и документ, подтверждающий его полномочия действовать от имени заявителя (в случае подачи заявления уполномоченным представителем);  копия направления на госпитализацию заявителя, выданного направляющей медицинской организацией;  копия талона на оказание высокотехнологичной медицинской помощи;  копия выписного эпикриза из принимающей медицинской организации, подтверждающая факт оказания заявителю высокотехнологичной медицинской помощи;  проездные документы (билеты, посадочные талоны, электронные билеты, чеки, квитанции, подтверждающие расходы на билеты) к месту оказания медицинской помощи и обратно;  документ, содержащий сведения о реквизитах счета, открытого заявителем в кредитной организации, для перечисления компенсации стоимости проезда;  согласие на обработку персональных данных заявителя, уполномоченного представителя заявителя (в случае подачи заявления уполномоченным представителем). | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Дата |  | | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Подпись |