|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |