|  |  |
| --- | --- |
|  | В Министерство здравоохраненияРоссийской ФедерацииФФОМСВ Министерство здравоохраненияЧелябинской области *нужное подчеркнуть*от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_фамилия имя отчество\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,проживающего по адресу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

 Прошу направить меня в Федеральное государственное бюджетное учреждение «Федеральный центр сердечно - сосудистой хирургии» Минздрава России (г.Челябинск) для оказания высокотехнологичной/ специализированной медицинской помощи.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

**( Расшифровка подписи -Ф.И.О. / без сокращений, заполняется полностью ) (Подпись)**