|  |  |
| --- | --- |
|  | В Министерство здравоохранения  Российской Федерации  ФФОМС  В Министерство здравоохранения  Челябинской 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)**