
(наименование медицинского учреждения)

(адрес)

Код ОГРН

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Направление

на госпитализацию, восстановительное лечение, реабилитацию

(нужное подчеркнуть)

ООО «КЦВ МИР», Московская область, г.о. Рузский, п. Старая Руза, ул. Курортная,
КПП № 3, 5-й корпус

1. Номер страхового полиса ОМС

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2. Код льготы

--	--	--

3. Фамилия, Имя, Отчество _____

4. Дата рождения _____

5. Адрес постоянного места жительства _____

6. Место работы, должность _____

7. Код диагноза по МКБ

--	--	--	--	--

8. Основание направления _____

Должность медицинского работника, направившего больного

_____ (Ф.И.О)

_____ (подпись)

Заведующий отделением

_____ (Ф.И.О)

_____ (подпись)

« ____ » _____ 20 ____ года

М.П.