

**ЗАЯВЛЕНИЕ**  
об оказании медицинской услуги

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование должности руководителя  
медицинской организации)  
от \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя, отчество заявителя  
(последнее - при наличии))

Прошу оказать \_\_\_\_\_  
(указать "мне" или фамилию, имя, отчество несовершеннолетнего, иного лица,  
в интересах которого действует заявитель)  
медицинскую услугу по \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(указать наименование услуги)

Желаемый срок оказания услуги \_\_\_\_\_  
(указать дату (число, месяц, год,) или период времени (в течение такого-то времени))

С правилами оказания услуг ознакомлен(а) и согласен (согласна).

Прилагаемые документы: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(перечислить через запятую названия прилагаемых документов,  
в отсутствие прилагаемых документов - поставить "нет").

" \_\_\_\_ " \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г. \_\_\_\_\_  
(личная подпись)

\* Указывается номер формы по локальному классификатору документации (при наличии).

Примечание: рекомендуемая форма. Разработана в соответствии с ГОСТ Р6.30-2003 и Методическими рекомендациями ВНИИДАД по его внедрению.