\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение 2

к положению о комиссии по отбору и направлению граждан, проживающих

на территории Волгоградской области, имеющих право

на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг,

к месту лечения при наличии медицинских показаний

На № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ТАЛОН N 2

на получение специальных талонов

(именных направлений) на проезд к месту лечения

для получения медицинской помощи

(заполняется органом исполнительной власти

субъекта Российской Федерации

в сфере здравоохранения)

 в медицинское учреждение:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

СНИЛС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата

 └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

1. Код ┌─┬─┬─┐ 2. Номер ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┐

 категории │ страхового

 льготы └─┴─┴─┘ полиса ОМС └─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┘

─────────────────┬──────────────────────────────────────────────────────────────────

3. Ф.И.О.

─────────────────┴───────────┬──────────────────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬───────────────────

4. Пол: 1 - муж; 2 - жен. 5. Дата рождения

─────────────────────────────┴──────────────────┴─┼─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴───────────────────

6. Документ, удостоверяющий личность

(название, серия и номер):

──────────────────────────────────────────┬───────┴─────────────────────────────────

7. Адрес регистрации по месту жительства:

──────────────────────────────────────────┴───────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬───────────

 8. Код территории: 3 4

───────────────────────────┬──────────────────────┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴───────────

9. Ф.И.О. сопровождающего

───────────────────────────┴─┬──────────────────┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬─┬───────────────────

10. Пол: 1 - муж.; 2 - жен. 11. Дата рождения

─────────────────────────────┴──────────────────┴─┼─┴─┴─┴─┴─┴─┴─┴───────────────────

12. Документ, удостоверяющий личность

 (название, серия и номер):

──────────────────────────────────────────────────┴─────────────────────────────────

13. Адрес регистрации по месту жительства:

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────

14. Маршрут следования:

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

Подпись председателя Комиссии органа исполнительной власти

субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения

 Печать

────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────────