

Приложение № 6
к Положению об обеспечении отдельных категорий
граждан реабилитационными путевками,
реабилитационными курсовками
в специализированные реабилитационные
центры Тюменской области

Штамп медицинской организации

НАПРАВЛЕНИЕ

на предоставление реабилитационной путевки, реабилитационной курсовки
в специализированные реабилитационные центры Тюменской области

Ф.И.О.

заявителя _____

Дата

рождения _____

Адрес по месту регистрации (пребывания):

Диагноз (согласно МКБ-10)

Сопровождение (отметить "V" при необходимости сопровождения)

Направление действительно в течение одного года со дня его выдачи.

" ____ " _____ 20 ____ г. Подпись врача _____

М.П.