Приложение №1 к Положению
«О системе лояльности
и программе привлечения потенциальных пациентов
ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России»

ФОРМА ЗАЯВЛЕНИЯ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СКИДКИ В ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ

Главному врачу научно-клинического
центра стоматологии и имплантологии
ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ»
Минздрава России
И.С. Беркутовой

ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ СКИДКИ

Я _____
(ФИО, дата рождения)

№ медицинской карты_____, номер телефона_____
Прошу Вас рассмотреть возможность предоставления скидки
Мне: _____
Моему ребенку:_____
на основании подтверждающих документов, так как являюсь *(нужное отметить)*:

- Героем России
- Ветераном ВОВ
- Участником, ветераном боевых действий
- Ребенком, оставшимся без попечения родителей до 18 лет
- Работником государственной службы, выполняющим особо важные правительственные задания; в особо сложных клинических случаях; при предоставлении соответствующего ходатайства организации
- Многодетной семьей, имеющей трех и более малолетних детей
- Работником социальной сферы, сферы здравоохранения и связанным с прочей медицинской деятельностью
- Волонтером
- Членом семьи погибших (умерших) участников боевых действий (родители, супруг, супруга, не вступивший(ая) в повторный брак, проживающий(ая) одиноко или с несовершеннолетним ребенком (детьми) до 18 лет, ребенком (детьми) получившим инвалидность до достижения им 18 лет)
- иным лицом, скидка которому предоставляется на основании локальных нормативных документов.

Соответствующие копии документов, подтверждающие социальный статус, прилагаю.
С правилами предоставления скидок ознакомлен и согласен.

«__»_____20__г. _____ _____
(подпись) *(фамилия, инициалы)*

Скидка в размере _____предоставлена с «____»_____20__ г.
Запись в МИС внесена

_____/_____/
(Подпись, ФИО ответственного лица)