|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **СПРО МОУ «Центр реабилитации и интеграции инвалидов войны**  **г. Санкт-Петербург, ул. Кирилловская,**  **д. 22**  **тел. 812 710 71 53**  **zriiv-spb@mail.ru** | C:\Users\Admin\Desktop\логотип.jpg  Заполненную заявку необходимо направить в Учреждение «Центр восстановительной терапии для воинов-интернационалистов  им. М.А. Лиходея»  адрес: 143118, РФ, Московская область, Рузский район, п/о Лидино  e-mail: [rusruza222@mail.ru](mailto:rusruza222@mail.ru), [info@rusrelax.ru](mailto:info@rusrelax.ru) сайт: www.[cvtl.ru](http://yandex.ru/clck/jsredir?from=yandex.ru%3Bsearch%2F%3Bweb%3B%3B&text=&etext=1578.I63OjvrdvSZeG7QDhsdgqLAWdz96Bv0SiQLvxMrCoT4.f8f1deb82a93e1f586208af2d075598a277efb4d&uuid=&state=PEtFfuTeVD4jaxywoSUvtB2i7c0_vxGdKJBUN48dhRaQEew_4vPgtaHQTbCUXI3yXF7gMIt8Es9RFLtOmtvshg,,&&cst=AiuY0DBWFJ5Hyx_fyvalFGgO4XvxBxuW0xzZKBdn_6K-2yVs0tCkOObv5YQn4H0NoJXAubgL_uhHrBRXLq8tmkFIFcKm2yq1Qz25RU-dMNN_SdXfwWeSUbpkPXawHtVlQ04lSFAODGGt_z8NM_qK4kGWuJ0kPA6bj_-STFZJs0DvWhKDjPXDQ-t38fER5Utx0YJGNjBXx6Bap5eU7BIn-wJKT37-EvCopRGHAUZ_KaEu5yaERLhloy1El0KERtM4F1zOF600YxDrxscwsJlHpNbXjr4lKC2ATfUPYHPh20ZUpmMv8H6f1A,,&data=UlNrNmk5WktYejR0eWJFYk1LdmtxcHZmMHN5Qkp3N28wNFlIM2xUblVwbGtQczdYWEdwTC1ZWEN4TXFfZ0d2ZVFseWtrV2VIRGljMFFHOVZmUkJiRWNNMG5hSkNycTd3&sign=86481c575d2ce191a033892ac84f7c24&keyno=0&b64e=2&ref=orjY4mGPRjk5boDnW0uvlrrd71vZw9kpRGJgA8ksnbnHxbKDudvHTapM_ahnuQoUmlQ0fHvFcm-aBg0DUCLJCZHGpHTQNU09Llnzy-YqJc8,&l10n=ru&cts=1508315979281&mc=3.9794449032108505&bu=uniq15083102900311175902), [www.rusrelax.ru](http://www.rusrelax.ru) телефон: +7 (495) 598-17-33, +7 (926) 520-50-50, +7 (925) 903-72-10  факс: +7 (496 27) 51-515 | | |
|  |  | Председателю  Реабилитационно-отборочной комиссии  от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **ЗАЯВЛЕНИЕ**  (заполнить печатными буквами, разборчиво) | | |

Просим Вас принять на восстановительное лечение в УЦВТ им. М.А. Лиходея сроком на **14** дней с датой предполагаемого заезда \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20­­\_\_\_ года.

|  |  |
| --- | --- |
| Сведения о лице, направляемом на восстановительное лечение | |
| Фамилия, имя, отчество (печатными буквами, разборчиво) |  |
| Дата и год рождения |  |
| Наименование организации, членство в которой имеет заявитель ( указать № членского билета ) |  |
| Участие в боевых действиях |  |
| Удостоверение ветерана боевых действий, военной службы |  |
| Группа инвалидности |  |
| Причина инвалидности (из справки МСЭ) |  |
| Инвалидность установлена на срок до (указать дату и номер справки МСЭ (ВТЭК), удостоверения)  (если передвижение на инвалидной коляске, наличие протезов, наличие трости – указать) |  |
| Адрес регистрации и номер телефона (контактный телефон указать обязательно) |  |
| Документ, удостоверяющий личность (паспорт) |  |
| Полис медицинского страхования (серия, номер, дата выдачи и окончания срока действия) |  |
| Восстановительное лечение в ЦВТ им. М.А. Лиходея (дата и год последнего заезда, кол-во дней) |  |
| Код диагноза по МКБ (поле для обязательного заполнения) |  |
| Сведения о заезжающих | |
| Жена (муж) (Ф.И.О., дата и год рождения, документ)  (Указать регистрацию строго по паспорту) |  |
| Дети (принимаются на коммерческой основе): |  |
| Лицо – помощник инвалида |  |
| Способ прибытия в ЦВТ (личный транспорт или автобус ЦВТ) |  |
| Код диагноза по МКБ (поле для обязательного заполнения) |  |

Заявитель \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Генеральный директор \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/Алексеев В.А.

Возможно**размещение по две семьи в двухкомнатных номерах**.

**Срок курса восстановительного лечения - 14 суток.**

**Поля с пометкой « \* » обязательны для заполнения!!!**

С датой заезда, перечнем необходимых документов, периодом реабилитации и правилами поведения в ЦВТ ознакомлен. Обязываюсь при заезде представить необходимые документы и неукоснительно выполнять установленные правила.