Председателю Комиссии по ДМС

ООО «Энергонефть Томск»

От:

Ф.И.О.(полностью)

Дата рождения

паспорт (серия и №, кем, когда выдан),

Домашний адрес

Должность

Структурное подразделение

Стаж работы в Обществе

(Телефон: раб., сот.)

**Заявление**

Прошу Вас согласовать получение медицинской помощи в рамках договора добровольного медицинского страхования в

(*наименование медицинского учреждения*),

согласно прилагаемому направлению.

Ориентировочная стоимость \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*лечения, диагностики*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ рублей.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Приложение:**

# Мед. справка с рекомендацией лечения (выписка из амбулаторной карты)