

**Направление на Комиссию по отбору и направлению пациентов для оказания
специализированной медицинской помощи при лечении бесплодия
с применением вспомогательных репродуктивных технологий в рамках
Территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания
гражданам медицинской помощи в Санкт-Петербурге**

от " __ " _____ 20__ г.

(Ф.И.О. направляемого пациента)

(дата рождения)

(возраст пациента)

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан))

(полис ОМС)

(СНИЛС)

(адрес регистрации/места жительства)

(код диагноза по МКБ)

(первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО)

(обоснование направления)

Медицинский работник,
оформивший направление
(должность)

(ФИО)

(подпись)

Руководитель учреждения здравоохранения
(подразделения)

(подпись)

(ФИО)

« __ » _____ 20__ г.

М.П.