**ЗАПРОС**

(для граждан зарегистрированных в г.Мегион)

**Кому (наименование учреждения):**

БУ ХМАО – Югры «Психоневрологическая больница

имени Святой Преподобномученицы Елизаветы

тел: 8(34643) 3-40-40

**Куда (e-mail):\_\_\_** [**pnb.elizabet@mail.ru\_**](mailto:pnb.elizabet@mail.ru_)**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Просим Вас, согласно ст. 9 ФЗ «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» сообщить, состоит ли (состоял ли) на диспансерном наблюдении у врачей психиатра и психиатра-нарколога

Ф.И.О.: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Дата рождения: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Зарегистрирован (а) по адресу: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Данная информация необходима для освидетельствования врачом психиатром, психиатром-наркологом и выдачи заключения: на водительскую комиссию, для получения лицензии на право владения оружием, устройство на работу, для оформления опекунства и другое\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **(нужное подчеркнуть)**.

Убедительная просьба ответ направить по

электронной почте на адрес: .

**Заявление**

**Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспорт: серия \_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ код подразделения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Зарегистрированный(ая) по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Согласен (согласна) на предоставление информации о том, состою ли я на учете у психиатра и/или психиатра-нарколога по месту постоянной регистрации.

Контактный телефон:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ год Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*Приложение: копия паспорта (2,3 страница и прописка)**