**ЗРАЗОК:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Міністру охорони здоров'я**  **(П.І.Б.)**  **Громадянина (нки) України**  **(П.І.Б.), який (яка) мешкає за адресою**  **(назва вулиці, населений пункт,**  **область, поштовий індекс)** |

**ЗАЯВА**

Прошу направити на лікування за кордон до (*назва лікувального закладу*) мою дитину (*П.І.П.*) з діагнозом (*назва захворювання*).

Додаток:

1. Особиста заява хворого (батьків).

2. Лист-направлення обласного управління охорони здоров'я за місцем проживання.

3. Виписка з історії хвороби з місця проживання, завірена керівником лікувально-профілактичного закладу (надрукована).

4. Висновок головного спеціаліста МОЗ про необхідність направлення на лікування за кордон (2 примірники).

5. Запрошення клініки із зазначенням вартості лікування та реквізитів банківського рахунку клініки (з перекладом на українську мову).

6. Довідка з місця проживання та про склад сім'ї (форма 3).

7. Довідка про заробітну плату або пенсію за рік.

*Дата Підпис*