

Директору ГБУ ЦРИ «Бутово»

От гр. \_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_

Округ \_\_\_\_\_

Телефон дом.: \_\_\_\_\_

Телефон сот.: \_\_\_\_\_

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня, мою (моего), дочь (сына) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. реабилитанта год рождения)

имею диагноз \_\_\_\_\_

в ГБУ Центр комплексной реабилитации инвалидов «Бутово» на период  
с \_\_\_\_\_ по \_\_\_\_\_ месяц 202\_\_ г. на курс комплексной реабилитации  
в \_\_\_\_\_ форме.  
*(указать форму реабилитации)*

С Положением о порядке приема на курс комплексной реабилитации на бесплатной основе и Правилами поведения реабилитантов, их законных представителей, посетителей и сотрудников в ГБУ ЦРИ «Бутово» ознакомлен (а).

На проведение диагностических мероприятий и обработку персональных данных согласен(на).

Ознакомлен(на) с Лицензией на осуществление медицинской деятельности № ЛО-77-01-019984 от 02 июня 2020г.

Подпись \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Подпись специалиста \_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(расшифровка)