

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения г.Севастополя
„Севастопольская городская психиатрическая больница”
Диспансерное психоневрологическое отделение № 7 для взрослых
299014 Российская Федерация г.Севастополь, Фиолентовское шоссе, 15
тел./факс (8692) 67-87-99, тел. регистратуры 67-95-70 +7978- 972-67-87 e-mail 7otdsgpb@mail.ru

Главному врачу психоневрологического
Диспансера № _____ г. _____
адрес _____
тел./факс _____
email _____

Просим Вас, согласно ст. 9 ФЗ РФ « О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании (в редакции от 02.07.92г. № 3185-1)» , сообщить: состоит(состоял)ли под наблюдением у врача-психиатра или обращался за медицинской помощью к врачу-психиатру

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Зарегистрированный по адресу: (прежнее место регистрации) _____

Данная информация необходима для освидетельствования врачом-психиатром и выдачи заключения:

- на водительскую комиссию
- для получения лицензии на право владения оружием
- устройства на работу

Ответ прошу направить по факсимильной связи (8692) 67-87-99 или электронной почтой e-mail 7otdsgpb@mail.ru .

Приложение: заявление гражданина _____

Зав.диспансерным отделением

Ю.Е.Зарва

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____ паспорт
серия _____ № _____ выдан _____

Зарегистрирован по адресу: _____

Согласен на предоставление информации о том, нахожусь ли я под наблюдением у врача-психиатра по месту постоянной регистрации.

Даю согласие на обработку персональных данных.

« _____ » _____ 201 _____ г. подпись _____

тел: _____