

Головному лікареві (назва закладу)

ПІБ

Заявника

ПІБ, (адреса, контакти)

Заява

У зв'язку із незадовільним станом здоров'я (віддаленістю місця проживання) я, ПІБ, не можу прибути до лікувального закладу (назва) для проходження медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) для огляду та визначення ступеня втрати працездатності (групи інвалідності), тому прошу Вас забезпечити проведення комісії МСЕК за адресою мого місця проживання (нас. пункт, адреса)

Додатки:

Паспорт – копія (1 прим.)

Постанова ВЛК – копія (за наявності)

Документи, що підтверджують проходження лікування, лікарські висновки (за наявності)

Дата

Підпис