

Додаток до Порядку
надання медичних послуг
Стоматологічним
медичним центром
Університетської клініки
Національного медичного
університету
імені О.О. Богомольця

Заява

для отримання медичних послуг із зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищають/захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України

Я,

_____,
реквізити посвідчення особи, що підтверджує віднесення до пільгової категорії _____

_____ підтверджую, що належу до категорії осіб, яким можуть бути надані медичні послуги із зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищають/захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України відповідно до Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для надання окремих медичних послуг деяким категоріям осіб, які захищають/захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України від 11 лютого 2025 року № 156 (далі – Порядок) та не отримував такі медичні послуги у інших надавачів медичних послуг (за виключенням тих медичних послуг, які були оплачені за рахунок особистих коштів або коштів інших фізичних та/або юридичних осіб), та проінформований про можливість отримання медичних послуг із зубопротезування та надання планової стоматологічної допомоги окремим категоріям осіб, які захищають/захищали незалежність, суверенітет та територіальну цілісність України виключно у одного надавача таких медичних послуг.

Оригінал документа, що підтверджує моє право на отримання послуг відповідно до Порядку, пред'являю.

Дата

Підпис

