

ПРИЛОЖЕНИЕ № 3
к Порядку транспортного обслуживания
инвалидов и детей-инвалидов
специализированным транспортом
государственных организаций
социального обслуживания населения
Архангельской области

(п р и м е р н а я ф о р м а)

Бланк
медицинской организации,
оказывающей медицинскую помощь
в амбулаторных условиях по месту
жительства (прикрепления)
гражданина

С П Р А В К А

(наименование медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях)

Гражданин _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), адрес места жительства)
_____ имеет/не имеет нарушение функций
опорно-двигательного аппарата, приводящее к ограничению способности
к самостоятельному передвижению (нужное подчеркнуть).

«____» _____ 20__ г.

Главный врач _____
(подпись) _____
(расшифровка подписи)

М.П. (при наличии)».