

Список обследуемых

ДЮСШ _____

Дата обследования _____

(заполняется в электронном виде или печатными буквами)

Группа №1 начало осмотра _____ (8:00)

№	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Полис обязательного медицинского страхования	Группа (НП1,2,3; УТ1,2,3...)
1.						
2.						
3.						

Группа №2 начало осмотра _____ (10:00)

№	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Полис обязательного медицинского страхования	Группа (НП1,2,3; УТ1,2,3...)
1.						
2.						
3.						

Группа №3 начало осмотра _____ (12:00)

№	Фамилия	Имя	Отчество	Дата рождения	Полис обязательного медицинского страхования	Группа (НП1,2,3; УТ1,2,3...)
1.						
2.						
3.						

Убедительная просьба данную таблицу заполнять без ошибок. В том случае, если данные из таблицы не совпадут с базой данных ЛПУ или учащийся будет отсутствовать в списке, то данный ребенок не будет допущен до медицинского осмотра на основании пп.8 п.29 гл.3 *Постановление Правительства Свердловской области от 24.12.2015 N 1195-ПП "О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Свердловской области на 2016 год"* «первичная медико-санитарная помощь в плановой форме предоставляется при предъявлении полиса обязательного медицинского страхования (далее - ОМС)..»