

Наименование учреждения	Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____
-------------------------	---

Наименование учреждения	Код формы по ОКУД _____ Код учреждения по ОКПО _____
-------------------------	---

Контрольный талон № _____

СПРАВКА № _____

Дата выдачи « » _____ 20__ г.

Дата выдачи « » _____ 20__ г.

Фамилия, Имя, Отчество _____

Фамилия, Имя, Отчество _____

Место работы _____

Дата рождения _____

Диагноз заболевания _____

Место жительства _____

Место работы _____

Фамилия врача, выдавшего справку _____

Страдает хроническим заболеванием, входящим в перечень хронических заболеваний.

Зав.отделением (зав.поликлиникой)

М.П.поликлиники

Подпись врача _____

Подпись получившего

ФИО

Зав.отделением _____
и (или) Зав.поликлиникой _____

Примечание:
Контрольные талоны служат для учета выданных справок

Л
и
н
и
я
о
т
р
ы
в
а