



ОГРН: 1027739580428 ИНН: 7712036923 КПП: 774301001

В ЕДИНСТВЕ НАША СИЛА!

ПРОФСОЮЗНЫЙ КОМИТЕТ

МОСКОВСКОГО ордена ЛЕНИНА и ордена ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ АВИАЦИОННОГО
ИНСТИТУТА
(НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА) – «МАИ» имени Серго Орджоникидзе

Адрес: Россия, 125993, г. Москва, А-80, ГСП-3, Волоколапское шоссе, дом 4, Главный административный корпус (ГАК), к. 305. GPS Location: Nord 55.81209, East 37.50276
Телефоны: +7 (499) 158-58-64, внутр. 58-07. Факс: +7 (499) 158-29-77. www.profkom-st.mai.ru, e-mail: profkom-st@mail.ru, ICQ: 276574026

Председателю Профкома студентов и аспирантов МАИ

Николаю Валерьевичу Степанову

Председателю лагерной и оздоровительной комиссии Профкома студентов и аспирантов МАИ

Ивану Анатольевичу Сычёву

от студента(ки) учебной группы/аспиранта(ки) кафедры _____ МАИ
(№ учебной группы / № кафедры)

(Ф.И.О. полностью)

№ студенческого билета _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить меня на диетическое питание в _____
(место, где будет организовано диетпитание)

на заезд с _____ года по _____ года.

О себе сообщаю следующие данные:

~ член Профсоюза с _____ года, № профсоюзного билета _____;

~ доход в семье на человека _____ рублей;

~ предшествующие диетическое питание _____;

(указать дату предыдущего заезда)

~ домашний адрес и контактные средства связи _____;

_____ (адрес с индексом почтового отделения; номер домашнего, мобильного и рабочего телефонов; Интернет: e-mail, ICQ)

~ фактическое место жительства и телефон _____

~ дата рождения _____ года.

Личная подпись _____

Дата заполнения _____ года

Подпись профорга группы _____



ОГРН: 1027739580428 ИНН: 7712036923 КПП: 774301001

В ЕДИНСТВЕ НАША СИЛА!

ПРОФСОЮЗНЫЙ КОМИТЕТ

МОСКОВСКОГО ордена ЛЕНИНА и ордена ОКТЯБРЬСКОЙ РЕВОЛЮЦИИ АВИАЦИОННОГО
ИНСТИТУТА
(НАЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКОГО УНИВЕРСИТЕТА) – «МАИ» имени Серго Орджоникидзе

Адрес: Россия, 125993, г. Москва, А-80, ГСП-3, Волоколапское шоссе, дом 4, Главный административный корпус (ГАК), к. 305. GPS Location: Nord 55.81209, East 37.50276
Телефоны: +7 (499) 158-58-64, внутр. 58-07. Факс: +7 (499) 158-29-77. www.profkom-st.mai.ru, e-mail: profkom-st@mail.ru, ICQ: 276574026

Председателю Профкома студентов и аспирантов МАИ

Николаю Валерьевичу Степанову

Председателю лагерной и оздоровительной комиссии Профкома студентов и аспирантов МАИ

Ивану Анатольевичу Сычёву

от студента(ки) учебной группы/аспиранта(ки) кафедры _____ МАИ
(№ учебной группы / № кафедры)

(Ф.И.О. полностью)

№ студенческого билета _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу назначить меня на диетическое питание в _____
(место, где будет организовано диетпитание)

на заезд с _____ года по _____ года.

О себе сообщаю следующие данные:

~ член Профсоюза с _____ года, № профсоюзного билета _____;

~ доход в семье на человека _____ рублей;

~ предшествующие диетическое питание _____;

(указать дату предыдущего заезда)

~ домашний адрес и контактные средства связи _____;

_____ (адрес с индексом почтового отделения; номер домашнего, мобильного и рабочего телефонов; Интернет: e-mail, ICQ)

~ фактическое место жительства и телефон _____

~ дата рождения _____ года.

Личная подпись _____

Дата заполнения _____ года

Подпись профорга группы _____

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

Медицинская документация
Форма № 070/у-04

(наименование лечебно-профилактического учреждения)

Медицинская документация
Форма № 070/у-04

(адрес)

ОГРН

Справка для получения путевки *

от “ ” 20__ года №

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права поступления в санаторий или на амбулаторно-курортное лечение

1. Выдана

Заполняется полностью (фамилия) (имя) (отчество)

2. Пол 2.1. Мужской 2.2. Женский **3. Дата рождения**
(отметить нужное символом “”) число месяц год

4. Адрес _____
(адрес постоянного места проживания, телефон)

5. Идентификационный номер в системе ОМС _____

6. Регион проживания **7. Ближайший регион**
(код см. на обороте) (код субъекта РФ, только в случае проживания вблизи границы субъектов)

8. Климат в месте проживания **9. Климатические факторы в месте проживания**
(код см. на обороте) (код см. на обороте)

10. Код льготы

13. Сопровождение**
(отметить символом “” при необходимости сопровождения)

11. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг
Номер _____ Серия _____ Дата выдачи 2 0

12. СНИЛС _____
Страховой номер индивидуального лицевого счета

14. № истории болезни или амбулаторной карты _____

15. Диагноз _____ **Коды МКБ-10** _____

15.1. Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий _____

15.1.1. Связано с заболеваниями или последствиями травм спинного и головного мозга
(отметить символом “”, если гражданин является больным с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга)

15.2. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности _____

15.3. Сопутствующие заболевания _____

Дополнительная информация о формах, стадиях, характере течения заболеваний, влияющая на выбор места и сезона для прохождения профильного лечения

Заполняется только для граждан – получателей социальных услуг

Общие противопоказания, исключающие направление на санаторно-курортное лечение, отсутствуют **16. Лечащий врач** _____ (подпись)

17. Рекомендуемое лечение
17.1. Санаторно-курортное 17.2. Амбулаторно-курортное
(отметить “” рекомендуемый вид лечения)

18. Предпочтительное место лечения
Местный санаторий _____
или _____ (отметить “”, если предпочтительно лечение в местном санатории)
курорт(ы): _____
(необязательно для заполнения) (указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение)

19. Рекомендуемые сезоны лечения: Зима Весна Лето Осень
(необязательно для заполнения) (отметить символом “” те сезоны, в которые рекомендовано лечение)

20. Лечащий врач _____ (подпись) **21. Заведующий отделением или председатель ВК** _____ (подпись) **М.П.**

* Действительна в течение 6 месяцев.
Заполняется, если больная относится к детям-инвалидам, инвалидам I группы, а также лицам, имеющим право на государственную социальную помощь с учетом положений части 4 статьи 37 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 213-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования”.

ОГРН

Справка для получения путевки *

от “ ” 20__ года №

Настоящая справка не заменяет санаторно-курортной карты и не дает права поступления в санаторий или на амбулаторно-курортное лечение

1. Выдана

Заполняется полностью (фамилия) (имя) (отчество)

2. Пол 2.1. Мужской 2.2. Женский **3. Дата рождения**
(отметить нужное символом “”) число месяц год

4. Адрес _____
(адрес постоянного места проживания, телефон)

5. Идентификационный номер в системе ОМС _____

6. Регион проживания **7. Ближайший регион**
(код см. на обороте) (код субъекта РФ, только в случае проживания вблизи границы субъектов)

8. Климат в месте проживания **9. Климатические факторы в месте проживания**
(код см. на обороте) (код см. на обороте)

10. Код льготы

13. Сопровождение**
(отметить символом “” при необходимости сопровождения)

11. Документ, удостоверяющий право на получение набора социальных услуг
Номер _____ Серия _____ Дата выдачи 2 0

12. СНИЛС _____
Страховой номер индивидуального лицевого счета

14. № истории болезни или амбулаторной карты _____

15. Диагноз _____ **Коды МКБ-10** _____

15.1. Заболевание, для лечения которого направляется в санаторий _____

15.1.1. Связано с заболеваниями или последствиями травм спинного и головного мозга
(отметить символом “”, если гражданин является больным с заболеваниями и последствиями травм спинного и головного мозга)

15.2. Основное заболевание или заболевание, являющееся причиной инвалидности _____

15.3. Сопутствующие заболевания _____

Дополнительная информация о формах, стадиях, характере течения заболеваний, влияющая на выбор места и сезона для прохождения профильного лечения

Заполняется только для граждан – получателей социальных услуг

Общие противопоказания, исключающие направление на санаторно-курортное лечение, отсутствуют **16. Лечащий врач** _____ (подпись)

17. Рекомендуемое лечение
17.1. Санаторно-курортное 17.2. Амбулаторно-курортное
(отметить “” рекомендуемый вид лечения)

18. Предпочтительное место лечения
Местный санаторий _____
или _____ (отметить “”, если предпочтительно лечение в местном санатории)
курорт(ы): _____
(необязательно для заполнения) (указать один или несколько курортов, на которых предпочтительно лечение)

19. Рекомендуемые сезоны лечения: Зима Весна Лето Осень
(необязательно для заполнения) (отметить символом “” те сезоны, в которые рекомендовано лечение)

20. Лечащий врач _____ (подпись) **21. Заведующий отделением или председатель ВК** _____ (подпись) **М.П.**

* Действительна в течение 6 месяцев.
Заполняется, если больная относится к детям-инвалидам, инвалидам I группы, а также лицам, имеющим право на государственную социальную помощь с учетом положений части 4 статьи 37 Федерального закона от 24 июля 2009 г. № 213-ФЗ “О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу отдельных законодательных актов (положений законодательных актов) Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона “О страховых взносах в Пенсионный фонд Российской Федерации, Фонд социального страхования Российской Федерации, Федеральный фонд обязательного медицинского страхования и территориальные фонды обязательного медицинского страхования”.