

ЗАТВЕРДЖЕНО

Наказ Міністерства соціальної  
політики України  
04 липня 2012 року № 400  
(у редакції наказу Міністерства  
соціальної політики України  
від 28 вересня 2015 року № 963)

**ЗАМОВЛЕННЯ\***  
**на протезування молочної залози № \_\_\_\_\_**

Дата \_\_\_\_\_

До картки протезування № \_\_\_\_\_

1. Прізвище, ім'я, по батькові \_\_\_\_\_
2. Дата народження \_\_\_\_\_
3. Працює \_\_\_\_\_  
(так / ні)
4. Місце проживання \_\_\_\_\_
5. Контактний телефон \_\_\_\_\_
6. Електронна адреса (e-mail) \_\_\_\_\_
7. Паспорт: серія \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, виданий \_\_\_\_\_  
(ким, дата)
8. Пільгова категорія \_\_\_\_\_
9. Причина інвалідності \_\_\_\_\_, група інвалідності \_\_\_\_\_
10. Тип ампутації / дефекту: однобічна, двобічна, вроджені вади (необхідне підкреслити)
11. Об'ємні розміри \_\_\_\_\_
12. Супутні захворювання, ускладнення \_\_\_\_\_

Назва виробу	Розмір	Тип	Кількість	Ціна, грн
Протез МЗ				
Ліф для кріплення				
Ліф для кріплення				
Ліф для кріплення				
Компресійний рукав				

(вартість протеза словами)

Примітки \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Виріб отримала, претензій не маю: \_\_\_\_\_  
(прізвище та ініціали одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання пацієнтки \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Інспектор з обліку замовлень  
(інша відповідальна особа)

\_\_\_\_\_  
(прізвище та ініціали) (підпис) (дата)

\* Обробка персональних даних здійснюється відповідно до Закону України „Про захист персональних даних”.

**Директор Департаменту  
соціального захисту інвалідів**

**О. Полякова**

*{Форма в редакції Наказів Міністерства соціальної політики № 765 від 14.10.2014, № 963 від 28.09.2015}*