

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
соціальної політики України
28 травня 2021 року № 278

ЗАМОВЛЕННЯ* № _____
на протезування молочної залози

Дата _____

До особової картки особи № _____

1. Прізвище, ім'я, по батькові (за наявності) _____

2. Дата народження _____

3. Місце проживання/перебування (фактичне) _____

4. Контактні телефони _____

5. Електронна адреса _____

6. Тип ампутації/дефекту: однобічна, двобічна, порушення розвитку (необхідне підкреслити)

7. Об'ємні розміри _____

Назва виробу	Розмір	Тип	Кількість
Післяопераційний протез молочної залози			
Протез молочної залози			
Ліф для кріплення протеза молочної залози			
Ліф для кріплення протеза молочної залози			
Ліф для кріплення протеза молочної залози			
Ліф для кріплення післяопераційного протеза молочної залози			
Спеціальний ліф для кріплення протеза молочної залози для занять фізичною культурою і плаванням (купальник)			
Компресійний рукав при лімфодемі			

Лікар _____
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) _____ (підпис) _____

Фахівець із протезування _____
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) _____ (підпис) _____

Дата передання виробу у виробництво _____

Дата виготовлення виробу _____

Дата запрошення для отримання виробу _____

Я даю згоду на використання моїх (та/або особи, інтереси якої я представляю) персональних даних,

які буде внесено до Централізованого банку даних з проблем інвалідності з метою забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації.

Виріб отримав(ла), претензій не маю _____
(Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ одержувача) (підпис) (дата)

Зауваження, пропозиції, побажання замовника _____

Керівник підприємства _____
(інша уповноважена особа) (Власне ім'я ПРІЗВИЩЕ) (підпис) (дата)

_____ * Оброблення персональних даних проводиться відповідно до Закону України "Про захист персональних даних".

**Генеральний директор
Директорату соціального
захисту прав осіб з інвалідності**

О. Полякова