

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства
охорони здоров'я України
30.07.2012 № 577

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я _____ Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма _____ Код за ЄДРПОУ <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="text-align: center; padding: 5px;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</td></tr><tr><td style="text-align: center; padding: 5px;">Форма первинної облікової документації № 167/о</td></tr><tr><td style="text-align: center; padding: 5px;">ЗАТВЕРДЖЕНО</td></tr><tr><td style="text-align: center; padding: 5px;">Наказ МОЗ України</td></tr><tr><td style="text-align: center; padding: 5px;"><table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> № <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></td></tr></table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ	Форма первинної облікової документації № 167/о	ЗАТВЕРДЖЕНО	Наказ МОЗ України	<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> № <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																				
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ																																				
Форма первинної облікової документації № 167/о																																				
ЗАТВЕРДЖЕНО																																				
Наказ МОЗ України																																				
<table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> № <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																																				

ДОВІДКА
про невизнання інвалідом

1. Видана громадянину _____
(прізвище, ім'я, по батькові)

2. Дата народження

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

3. Місце проживання _____

4. в тому, що він (вона)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 оглядався (лась)
(число, місяць, рік)

5. _____
(профіль МСЕК)

і за результатами не визнаний (а) інвалідом

Голова МСЕК _____
(підпис) _____
(П.І.Б.)

М.П.