

**В комиссию Государственного учреждения -
Мурманского регионального отделения
Фонда социального страхования Российской Федерации
по установлению необходимости ремонта или
досрочной замены технических средств реабилитации,
протезов, протезно-ортопедических изделий
от застрахованного - получателя обеспечения
по обязательному социальному страхованию
от несчастных случаев на производстве
и профессиональных заболеваний**

(указывается фамилия, имя и отчество полностью)
проживающего _____

тел. _____ моб. тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу комиссию по установлению необходимости ремонта или досрочной замены технических средств реабилитации, протезов, протезно-ортопедических изделий **(МТК)** провести медико-техническую экспертизу

(указывается наименование изделий (изделия))

В СВЯЗИ _____

(указываются дефекты и причины ремонта)
Изделие (изделия) находится (находятся) по месту моего проживания _____.
(указывается да или нет)

Изделие (изделия) доставлено (доставлены) на протезно-ортопедическое предприятие по адресу _____

Изделие (изделия) может (могут) быть доставлено (доставлены) в г. Мурманск в течение _____ (дней) в МТК регионального отделения или на протезно-ортопедическое предприятие по адресу _____

_____ 201__ г.

Подпись _____