

**Направление для проведения процедуры ЭКО в рамках
базовой программы ОМС**

№ 123 от « ____ » _____ 20__ г.

Иванов Иван test

(Ф.И.О. направляемого пациента для проведения криопереноса)

(дата рождения)

(возраст пациента)

(документ, удостоверяющий личность (серия, номер, выдан)

85846307551

(полис ОМС)

(СНИЛС)

(адрес регистрации/места жительства)

(код диагноза по МКБ)

(первичное/повторное обращение для проведения процедуры ЭКО)

Департамент Смоленской области по здравоохранению

(наименование органа исполнительной власти субъекта РФ в сфере здравоохранения,
выдавшего направление)

**214008, г. Смоленск, пл. Ленина, д. 1; т. 8(4812) 29-22-35, ф.
38-67-58, child@zdrav-smolensk.ru, info@zdrav-smolensk.ru**

(адрес, тел., факс, адрес электронной почты)

Начальник управления организации оказания
медицинской помощи населению
Департамента Смоленской области по
здравоохранению

(ФИО должностного лица)

М.П.

(подпись)