|  |  |
| --- | --- |
|  | УТВЕРЖДЕНОПриказ Министерства труда и социальной политики Донецкой Народной Республики от 15.09. 2015 года № 67/2 |
|  |   |
|  |  |

**РЕЕСТР № \_\_\_\_\_\_\_\_**

 **о выданных инвалидам, детям-инвалидам, другим лицам \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

(наименование группы изделия)

**Донецким республиканским протезно-ортопедическим центром с \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_г. по «\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_**

| **№ п/п** | **Шифр** | **№ заказа** | **№, дата направления, наименование УТСЗН, которым видано направление** | **Ф. И. О.** | **Дата рождения.** | **№ паспорта, № пенс. удостов.,****№ свидетельства о рождении, справки, кем видано** | **Адрес фактического проживания** | **Группа и категория инвал-ти** | **Место работы (для работающих)** | **Дата выдачи****изделия** | **Кол-во****выданных изделий** | **Цена.****(руб.)****за един.** | **Сумма\*****(руб.)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  **Всего по группе изделий (сумма\* прописью)**  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |

Директор предприятия \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Начальник медицинского отдела \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ Главный бухгалтер \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

**Директор департамента**

**по вопросам ветеранов,**

**Инвалидов и других категорий А.А. Пискарева**