Приложение 2

к Порядку оформления заключения о результатах медицинского освидетельствования физического лица, выразившего желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или ограниченно дееспособного физического лица (пункт 7)

|  |
| --- |
| Наименование государственного органа или местной администрации Донецкой Народной Республики, предприятия, учреждения, организации, к сфере управления которого относится учреждение здравоохранения |
|  |
| Полное наименование и местонахождение (полный почтовый адрес) учреждения здравоохранения, в котором заполняется форма \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Идентификационный код юридического лица\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Журнал**  **учета выдачи заключений о результатах медицинского освидетельствования физического лица, выразившего  желание стать опекуном или попечителем совершеннолетнего недееспособного или ограниченно дееспособного физического лица**  Начат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. Окончен «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_г. |

Продолжение приложения 2

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №  п/п | Регистрационный номер заключения | Дата выдачи заключения | Фамилия и инициалы лица, выдавшего заключение | Подпись лица, выдавшего заключение | Фамилия и инициалы лица, получившего заключение |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |