|  |
| --- |
| ПРИЛОЖЕНИЕ № 1к приказу министерства здравоохранения Новосибирской области \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

ИНФОРМАЦИЯ

об установлении ребенку соответствующего диагноза – онкологического, гематологического заболевания, инсулинозависимой формы сахарного диабета либо наследственного заболевания целиакией, муковисцидозом, фенилкетонурией в государственной медицинской организации Новосибирской области

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета получателя ежемесячной выплаты, зарегистрированного в системе индивидуального (персонифицированного) учета | Фамилия | Имя | Отчество (при наличии) | Дата рождения | Адрес регистрации по месту жительства или месту пребывания | Заболевание |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_