

Главному врачу БУ «Няганская  
городская стоматологическая поликлиника»  
М.А.Татариновой

от \_\_\_\_\_  
(фамилия, имя)

\_\_\_\_\_ (отчество )

дата рождения « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ ГОД

адрес постоянного места жительства:

г. \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_

контактный телефон \_\_\_\_\_

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

СНИЛС \_\_\_\_\_

**Заявление**  
**на изготовление / ремонт зубных протезов**  
(нужное подчеркнуть)

Прошу предоставить мне меру социальной поддержки в виде изготовления и (или) ремонта  
зубных протезов за счет средств бюджета Ханты-Мансийского автономного округа – Югры  
(далее – бесплатное зубопротезирование).

Я отношусь к следующей категории граждан \_\_\_\_\_

Удостоверение /справка № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_

Предоставляю документы, подтверждающие право на бесплатное зубопротезирование.

К настоящему заявлению прилагаю документы на \_\_\_\_\_ листах.

Дата « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
(подпись)

Заявителю, в соответствии с информационной системой «МедВедь», за последние два  
календарных года, мера социальной поддержки в виде бесплатного зубопротезирования, не  
предоставлялась.

Медицинский регистратор \_\_\_\_\_

\*Письменный ответ заявителем будет получен только в случае отказа в постановке в очередь. При постановке в очередь  
на льготное зубопротезирование заявителя уведомят по телефону о дате приема.