Форма

 до розпорядження

Президії НАН України

від 30.05.2018 № 302,

та від 25.10.10 №587

Інформація стосовно осіб, які мають право та бажання отримувати медичне обслуговування

у Державній науковій установі «Центр інноваційних медичних технологій НАН України» (ЦІМТ НАН України)

Назва установи

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п.п. | ПІБ особи, яка працює в установі, яка підпорядкована НАН України, та має бажання отримувати медичну допомогу у структурних підрозділах ЦІМТ | Посада, науковий ступінь / звання | Дата народження | Місце реєстрації та місце проживання | ПІБ особи, яка перебуває на утриманні та має бажання отримувати медичну допомогу у структурних підрозділах ЦІМТ (вказати дату народження, місце реєстрації та місце проживання, ступінь спорідненості) | ПІБ особи, яка є членом родини, але не перебуває на утриманні та має бажання отримувати медичну допомогу у структурних підрозділах ЦІМТ (вказати дату народження, місце реєстрації та проживання, ступінь спорідненості)  |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |