

ЗАЯВЛЕНИЕ ОБ ОТКАЗЕ ОТ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

Я, _____, являясь законным представителем
(ФИО законного представителя)

пациента _____
(ФИО и дата рождения ребенка)

на основании _____
(реквизиты документа, подтверждающего право представлять интересы пациента)

отказываюсь от предложенной с _____ госпитализации ребенка.
(дата госпитализации)

« _____ » _____ г. _____
Ф. И. О. _____ подпись

Обращаем Ваше внимание! В случае отказа от госпитализации в предложенную дату пациенты могут быть вновь зачислены только после повторного обследования у специалистов КДО и прохождения Отборочной комиссии.