

**Руководителю экспертного
состава Главного бюро № 1
ФКУ «ГБ МСЭ по Республике Марий Эл»
Н.Н.Поляковой**

от _____
(Ф. И. О.)

(число, месяц, год рождения)

проживающего (ей) по адресу: _____
(указать индекс)

СНИЛС _____

тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с несогласием с решением бюро МСЭ № _____
от _____ 20__ г. прошу освидетельствовать меня в
экспертном составе Главного бюро № 1 ФКУ "ГБ МСЭ по Республике
Марий Эл".

Я не согласен (на) с решением: *(нужное подчеркнуть)*

1. **О группе инвалидности.**
2. **О не признании инвалидом.**
3. **О формулировке причины инвалидности.**
4. **О размере степени утраты профессиональной трудоспособности
(в процентах).**
5. **О сроке инвалидности.**
6. **Другими решениями** _____
(указать)

Ответ мне присылать на электронный адрес *(если имеется)*

(дата)

(подпись)

Руководителю экспертного
состава № 1 ГБ МСЭ
Н.Н.Поляковой

от _____
(Ф. И. О.)

(число, месяц, год рождения)

проживающего (ей) по адресу: _____
(указать индекс)

СНИЛС _____

тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с несогласием с решением филиала № _____ Главного бюро МСЭ от _____ 20__ г. прошу освидетельствовать меня в экспертном составе № 1 Главного бюро МСЭ по Республике Марий Эл.

Я не согласен (на) с решением: *(нужное подчеркнуть)*

1. О группе инвалидности.
2. О не признании инвалидом.
3. О формулировке причины инвалидности.
4. О размере степени утраты профессиональной трудоспособности *(в процентах)*.
5. О сроке инвалидности.
6. Другими решениями _____

(указать)

Ответ мне присылать на электронный адрес *(если имеется)*

(дата)

(подпись)

Руководителю ФКУ "ГБ МСЭ
по Республике Марий Эл"
Г.В.Мозайло

от _____
(Ф. И. О.)

_____ (число, месяц, год рождения)

проживающего (ей) по адресу: _____
(указать индекс)

СНИЛС _____

тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с несогласием с решением Главного бюро МСЭ от _____ 20__ г. прошу направить мои медико-экспертные документы в Федеральное государственное бюджетное учреждение "Федеральное бюро медико-социальной экспертизы".

Я не согласен (на) с решением: *(нужное подчеркнуть)*

- О группе инвалидности.
- О не признании инвалидом.
- О формулировке причины инвалидности.
- О размере степени утраты профессиональной трудоспособности *(в процентах)*.
- О сроке инвалидности
- Другими решениями _____

(указать)

- Согласен (на) на освидетельствование в ФБ МСЭ:

очно _____, заочно _____ *(нужное подчеркнуть и поставить подпись)*

- Ответ мне присылать на электронный адрес *(если имеется)*

_____ (дата)

_____ (подпись)