|  |
| --- |
| Додаток 14до Положення про військово-лікарськуекспертизу в Збройних Силах України |

|  |
| --- |
| Кутовий штампвійськової частини(закладу) |

|  |
| --- |
| Начальнику (командиру) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(вказати військовий лікувальний заклад, військову частину) |

ЗРАЗОК

### НАПРАВЛЕННЯна медичний огляд військово-лікарською комісією з метою

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(вказати мету медичного огляду)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п  | Військове звання  | Прізвище, ім'я, по батькові  | Дата народження  | Місяць і рік прийняття (призову) на військову службу  | Яким ТЦК та СП прийнятий (призваний) на військову службу | Попередній діагноз  |
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6  | 7  |

|  |
| --- |
| Командир військової частини \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                         (вказати номер військової частини)     (військове звання, підпис, прізвище та ініціали посадової особи) М. П. |

{Додаток 14 із змінами, внесеними згідно з Наказом Міністерства оборони № 490 від 18.08.2023}