Приложение № 4

к Положению о порядке

назначения и выплаты компенсации

на транспортное обслуживание

**Заключение №\_\_\_**

**о необходимости транспортного обслуживания**

Выдано Консилиумом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

г-ну/г-же\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDNP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество)

Проживающему/ей\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Получившему/ей \_\_\_\_\_\_\_ степень ограничения возможностей (от\_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г. до \_\_\_\_\_\_\_20\_\_ г.).

Заболевание соответствует пункту\_\_\_\_ Списка поражений опорно-двигательного аппарата.

Заключение действует на протяжении срока, в течение которого лицо имеет степень ограничения возможностей.

Дата выдачи \_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. Руководитель Консилиума\_\_\_\_\_\_

М. П.