

Группа инвалидности \_\_\_\_\_

(указывается прописью)

Причина инвалидности \_\_\_\_\_

Инвалидность установлена на срок до \_\_\_\_\_

Дата очередного освидетельствования \_\_\_\_\_

Дополнительные заключения \_\_\_\_\_

Основание: акт освидетельствования в федеральном государственном учреждении медико-социальной экспертизы

№ \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Дата выдачи справки \_\_\_\_\_

Руководитель бюро (главного бюро, Федерального бюро) медико-социальной экспертизы \_\_\_\_\_

(подпись)

(расшифровка подписи)

М. П.

Решение учреждения медико-социальной экспертизы является обязательным для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности (статья 8 Федерального закона от 24 ноября 1995 г. № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995 г., №48, ст. 4563; 2003 г., № 43, ст. 4108; 2004 г., №35, ст. 3607; 2008 г., № 30, ст. 3616)

Бюро №14  
для освидетельствования лиц в возрасте до 18 лет  
(наименование федерального учреждения государственной медико-социальной экспертизы)

«Главное бюро медико-социальной экспертизы  
по Удмуртской Республике»  
426057, г. Ижевск, ул. Свердлова, д. 22  
тел. (3412) 65-65 21 (доб. 211)

серия ИСЭ 2611

№ 2077514

(выдается инвалиду)

*Минкин* *Валентин Леонидович*  
в датальном падеже)

Дата рождения \_\_\_\_\_

(место жительства, при отсутствии места жительства — место пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации, место нахождения пенсионного дела инвалида, вы постоянного жительства за пределы Российской Федерации (указываемое подчеркнутым))

Установлена инвалидность впервые, повторно (указываемое подчеркнуть)

*01.06.2012*

(дата установления инвалидности)

Подари ЗАВТРА!