

Учреждение здравоохранения
«Борисовская центральная
районная больница»
Наименование организации
ПОЛИКЛИНИКА №4

Приложение 1
к постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
09.07.2010 № 92

Форма 1 здр/у-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА № 542
о состоянии здоровья

Дана Шолов Лев Демидович
(фамилия, собственное имя, отчество)

Дата рождения 08 01 2019 г. Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства г. Борисов Трусово 22-149

Цель выдачи справки _____

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения) _____

Дополнительные медицинские сведения (результаты медицинских осмотров, обследований, сведения о прививках и прочее) _____

Исключение: Мухоморова Л. В. 1983 г. р.,
Савицкая Л. В. 1985 г. р. / F 508 с 1521-
1523 del СТГ, туберкулез легких
в форме застарелой бронхопневмонии
без очагов активности, Кистозно-
кавернозная верхняя доля правого
легкого IIY от экзоприемного

Заключение вероятно туберкулез перенесен
и группа здоровья СуЗ-2

Рекомендации Средства профилактики
для снижения риска развития
путем соблюдения

Дата выдачи справки 4 декабря 2021

Срок действия справки год

Врач Шершова И. П.
(подпись) (инициалы, фамилия)

Руководитель организации
(заведующий структурным
подразделением,
председатель комиссии) З. И. Лямкина
(подпись) (инициалы, фамилия)

М.П.

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ

УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА

Серия 09 № 0471473



М.П.

Предъявитель удостоверения имеет право на льготы и гарантии, установленные законодательством Республики Беларусь для инвалидов.

(название медико-реабилитационной

экспертной комиссии, выдавшей удостоверение)

« 11 » декабря 2019 г.
(дата выдачи)

(подпись председателя МРЭК)

Установлена СДЗ-вторая группа
инвалидности с 16 января 2019
(дата)

до 31 декабря 2021
(дата)
Причина инвалидности травма
инвалид

(название медико-реабилитационной экспертной комиссии,
выдавшей удостоверение)

М.П.

(подпись председателя МРЭК)

Продлена (установлена) СДЗ-вторая
группа инвалидности
с 1 января 2019 по 31 декабря 2021
(дата) (дата)

Причина инвалидности травма
инвалид

М.П.

(подпись председателя МРЭК)

Продлена (установлена) _____
группа инвалидности
с _____ по _____
(дата) (дата)

Причина инвалидности _____

М.П.

(подпись председателя МРЭК)

ПАСВЕДЧАННЕ АБ НАРАДЖЭННІ

Грамадзянін(ка)

ІОНАЎ

посваіненне

ЛЕЎ ДЗЯНІСАВІЧ

Уласнае імя, імя па бацьку

Ідэнтыфікацыйны № **7839230A002РВ6**

Нарадзіў(ся) (паср.) **08.01.2019** **восьмага студзеня дзевятысячы дзевятнаццатага года**

Число, месяц, год шифрами и прописью

або чым у кнізе рэгістрацый актў аб нараджэнні

з зроблен запіс за № **138** **24** **студзеня** **2019** года

Число

Месяца

года

Месца нараджэння: рэспубліка (дзяржава) **Беларусь**

вобласць (край)

раён

горад (пасёлак, сяло, вёска) **г.Мінск**

Бальшкі:

Бацька

ІОНАЎ

прошвільца

ДЗЯНІС АЛЯКСЕЕВІЧ

Уласнае імя, імя па бацьку

нацыянальнасць

рускі

Маці

ІОНАВА

прошвільца

ВОЛЬГА МІХАЙЛАЎНА

Уласнае імя, імя па бацьку

нацыянальнасць

беларуска

Месца рэгістрацыі нараджэння **Аддзел ЗАГС адміністрацыі**

Число, месяц, год шифрами и прописью

Першамайская раёна г. Мінска

24 **студзеня** **20** **19** г.

Число

Месяца

года

Ю.Г. Виноградова

М.П.

ВН № 1081397



СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Гражданин(ка)

ІОНОВ

ЛЕВ ДЕНИСОВИЧ

собственно

Идентификационный №

7839230A002РВ6

родил(ся) (паср.) **08.01.2019** **восьмого января девяттысячи**

девятнадцатого года

Число, месяц, год шифрами и прописью

о чем в книге регистрации актов о рождении

24 **числа** **января** **2019** года

Число

Месяца

года

Место рождения: республика (государство) **Беларусь**

область (край)

район

город (посёлок, село, деревня) **г.Мінск**

РОДИТЕЛИ:

Отец

ІОНОВ

ДЕНИС АЛЕКСЕЕВИЧ

собственно

национальность

русский

Мать

ІОНОВА

ОЛЬГА МИХАЙЛОВНА

собственно

национальность

белорусская

Место регистрации рождения **Отдел ЗАГС администрации**

наименование органа власти

Первомайского района г.Минска

24 **января** **20** **19** г.

Число

Месяца

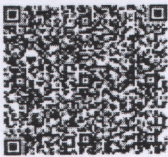
года

Ю.Г. Виноградова

М.П.

ВН № 1081397



АО "АЛЬФА-БАНК" г. Москва		БИК	044525593	
Банк получателя		Сч. №	3010181020000000593	
ИНН 7704467764	КПП 770701001	Сч. №	40702810401990002398	
ООО "МЕДПРИБОР ПРО"				
Получатель		Отсканируйте для оплаты		

Счет на оплату № 698 от 20 августа 2021 г.

Поставщик **ООО "МЕДПРИБОР ПРО", ИНН 7704467764, КПП 770701001, 127006, Москва г, (Исполнитель) Долгоруковская ул, дом 38, строение 2, помещение 02**

Покупатель **Ионова Ольга Михайловна, Минская область, Борисов г., Трусова (Заказчик): ул., д. 22, кв. 149, тел.: +375(29)112-29-39**

Основание: **Основной**

№	Товары (работы, услуги)	Кол-во	Ед.	Цена	Сумма
1	Система очистки дыхательных путей The Vest Airway Clearance System (Модель 105) (в комплект входит Жилет надувной полноразмерный, детский размер S)	1	шт	960 000,00	960 000,00

Итого: **960 000,00**
 Без налога (НДС) **-**
 Всего к оплате: **960 000,00**

Всего наименований 1, на сумму 960 000,00 руб.

Девятьсот шестьдесят тысяч рублей 00 копеек

Оплатить не позднее 25.08.2021

Оплата данного счета означает согласие с условиями поставки товара.

Уведомление об оплате обязательно, в противном случае не гарантируется наличие товара на складе.

Товар отпускается по факту прихода денег на р/с Поставщика, самовывозом, при наличии доверенности и паспорта.

Руководитель _____

Васильев И. И.

Бухгалтер _____

Васильев И. И.



Копия верна
 20.09.2021 *Ионова Ольга Михайловна*
[Signature]