

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**  
**о коллегиальном решении о проведении комплексной реабилитации**  
**пострадавшего в результате тяжелого**  
**несчастливого случая на производстве**

от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_  
Врачебной комиссией \_\_\_\_\_  
(наименование центра реабилитации Фонда)

в составе: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

и Страховщиком \_\_\_\_\_  
(ФИО представителя страховщика)

принято решение о том, что пострадавший в результате тяжелого несчастного  
случая на производстве \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество)

Нуждается в: \_\_\_\_\_  
(указываются меры медицинской, социальной и профессиональной реабилитации и  
сроки их проведения в период пребывания в центре реабилитации Фонда)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Подпись членов врачебной комиссии  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

Подпись представителя (ей) страховщика  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(расшифровка подписи)  
\_\_\_\_\_  
(число, месяц, год)

С решением ознакомлен

\_\_\_\_\_  
(подпись лица, пострадавшего на производстве или его законного представителя)  
(число, месяц, год)

