Форма № 11

**СВИДЕТЕЛЬСТВО О БОЛЕЗНИ**   
№ /

{{ data\_vvk }} военно-врачебной комиссией хирургического профиля филиала №1 ФГБУ «НМИЦ ВМТ им. А.А. Вишневского» Минобороны России освидетельствован:

1. Фамилия, имя, отчество {{ fio }}

2.Дата рождения {{ birthday }}

1. Фамилия, имя, отчество{{ fio }}

2.Дата рождения {{ birthday }}

3. Служба в Вооруженных Силах Российской Федерации: по призыву {{ priziv }},

{{voenkomat }};

4. Воинское звание {{ rang }}

5. Диагноз, причинная связь увечий, заболеваний: «{{diagnosis}}. {{ oper }}». **(Военная травма).**

6. Заключение военно-врачебной комиссии:

**Председатель военно-врачебной комиссии**

**капитан медицинской службы П. Шорохов**

**Секретарь военно-врачебной комиссии**

**Д. Назаренко**

М.П.

7. Почтовый адрес военно-врачебной комиссии: 143409, г. Красногорск Московской области, ул. Светлая-11

8. Почтовый адрес освидетельствованного: {{ adres }}

9. **Заключение вышестоящей военно-врачебной комиссии:**

10. Почтовый адрес вышестоящей военно-врачебной комиссии: 105094,

г. Москва, ул. Госпитальная площадь, дом 1-3, стр.5