|  |  |
| --- | --- |
| **Заявка на получение медицинской справки / медицинской помощи** | **获取医疗证明/医疗帮助申请表** |
| ***Адрес поликлиники МГУ: Москва, Ленинские горы, д. 1, стр. 53, кабинет 205*** | **莫大校医院地址：****莫斯科，列宁山1号53栋，205室** |
| Ваше имя /您的 名 |  |
| Ваша фамилия / 您的姓 |  |
| Ваш факультет /您的院系 |  |
| Название программы /保险项目名称 |  |
| Год обучения / 入学年份 |  |
| Есть ли у Вас медицинский полис /您是否有医疗保险单 |  Нет / 沒有 Да / 有Пожалуйста, предъявите Ваш полис сотруднику поликлиники / 请向医院工作人员出示您的保险单 |
| Пожалуйста, укажите причину Вашего обращения в поликлинику /请说明您前来医院的原因 |  Я здоров, и мне нужна справка о состоянии здоровья, полученная по результатам профилактического медицинского осмотра, чтобы предъявить ее в иностранном отделе на моем факультете / 我身体健康，需要获取预防性医疗体检的身体状况证明，以便向院系外事办公室出具该证明 Я здоров, нужна справка после прохождения карантина (14-дневная изоляции), чтобы приступить к учебе /我身体健康，需要隔离解除证明（隔离14天），以便开始学习生活 Я болен, требуется консультация врача /我身体不适，需要医生看诊 |
| Если Вы больны, пожалуйста опишите Ваши жалобы (по возможности на русском языке) / 如果您身体不适，请描述您的症状（尽可能使用俄语） |  |
| Подавая эту форму, я соглашаюсь на обработку и использование предоставленных мной персональных данных для рассмотрения заявки на предоставление медицинской помощи/ поучение медицинской справки /本人同意在审核医疗证明/医疗帮助申请表的过程中使用本人提供的个人信息 |
| Подпись / 签名 |  |
| Дата обращения / 申请日期 |  |