

ПАСВЕДЧАННЕ АБ НАРАДЖЭННІ

Грамадзянін(ка) **СМІРНОУ**
прозвішча
ФАДЗЕЙ ДЗМІТРЫЕВІЧ
уласнае імя імя па бацьку
 ідэнтыфікацыйны № **7594003A002PB0**
 нарадзуся(пася) **06.02.2016 шостага лютага дзве тысячы
 шаснаццатага года**
чысла, месяц, год з'яўлення і прысвоення
 аб чым у кнізе рэгістрацыі акту аб нараджэнні
 зроблен запіс за № **17** чысла **лютага** месяца **2016** года
 зроблен запіс за № **57**
 Месца нараджэння: рэспубліка (дзяржава) **Беларусь**
 вобласць (край) _____
 раён _____
 горад (пасёлак, сяло, вёска) **г.Віцебск**
 БАЦЬКІ:
 Бацька **СМІРНОУ**
прозвішча
ДЗМІТРЫЙ ІГАРАВІЧ
уласнае імя імя па бацьку
 нацыянальнасць **беларус**
 Маці **СМІРНОВА**
прозвішча
ВОЛЬГА МІХАЙЛАУНА
уласнае імя імя па бацьку
 нацыянальнасць **беларуска**
 Месца рэгістрацыі нараджэння **Аддзел загі адміністрацыі
 Чыгуначнага раёна г. Віцебска**
назва органа адгі
 Дата выдачы * **17** **лютага** **20** **16** г.
 Кіраўнік органа загі **Рыжкова В.П.**

I-PO №



СВИДЕТЕЛЬСТВО О РОЖДЕНИИ

Гражданин(ка) **СМИРНОВ**
фамилия
ФАДЕЙ ДМИТРИЕВИЧ
собственное имя отчество
 идентификационный № **7594003A002PB0**
 родился(лась) **06.02.2016 шестого февраля две тысячи
 шестнадцатого года**
число, месяц, год з'яўлення і прысвоення
 о чем в книге регистрации актов о рождении
 сделан запись за № **17** числа **февраля** месяца **2016** года
 сделан запись за № **57**
 Место рождения: республика (государство) **Беларусь**
 область (край) _____
 район _____
 город (посёлок, село, деревня) **г.Витебск**
 РОДИТЕЛИ:
 Отец **СМИРНОВ**
фамилия
ДМИТРИЙ ИГОРЕВИЧ
собственное имя отчество
 национальность **белорус**
 Мать **СМИРНОВА**
фамилия
ОЛЬГА МИХАЙЛОВНА
собственное имя отчество
 национальность **белоруска**
 Место регистрации рождения **Отдел заги администрации
 Железнодорожного района г. Витебска**
название органа записи актов
 Дата выдачи * **17** **февраля** **20** **16** г.
 Руководитель органа заги **Рыжкова О.П.**

I-PO № 03



Министерство здравоохранения РБ
Учреждение здравоохранения «Витебский
областной детский клинический центр»
типичный № 4

ДЕТСКАЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ПОЛКЛИНИКА (г. Витебск, ул. Космонавтов, д. 5)

Приложение 1 к Постановлению
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
от 06.07.2010 г. № 92
Форма 1 здру-10

МЕДИЦИНСКАЯ СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Дата Смирнов Павел
(фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется))

Идентификационный номер Димурчевис

Дата рождения 6 7 2016 Пол: мужской/женский (подчеркнуть)
(число, месяц, год)

Место жительства г. Гомель Ленинский пр-т 65

Цель выдачи справки по месту работы

Перенесенные заболевания (иные анамнестические сведения)

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

Заключение Врожденная патология шей: спина
корпус, комбинированная форма туберкулеза,

Рекомендации вакцинировать ребенка. Бактерициды,
каротин, витамин Е, витамин А, витамин С

Дата выдачи справки 9 января 2016

Срок действия справки год

Врач (секретарь комиссии) Грота В.С.
(подпись) (инициалы, фамилия)

Руководитель организации (заведующий структурным подразделением
(обособленным структурным подразделением), председатель комиссии)

(подпись) (инициалы, фамилия)

М.П.



РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ
УДОСТОВЕРЕНИЕ ИНВАЛИДА
Серия 12 № 0031347



Смирнов
Фадей
Дмитриевич

Витебская область
Витебск

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

Витесская Елена
Ивановна
ИПЭК

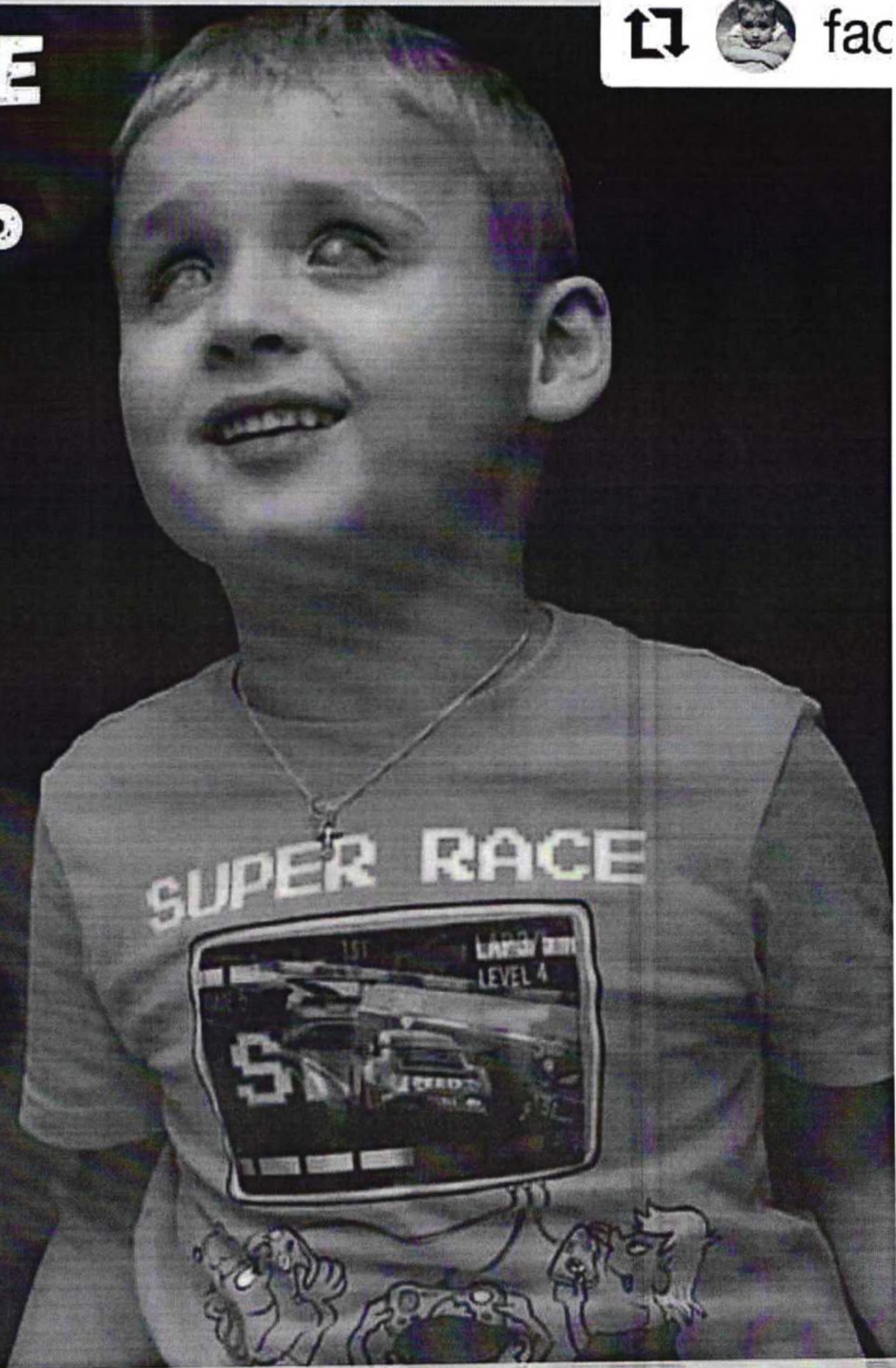
13.04 2016

Установлена группа инвалидности с 14.04.2016
по 31.05.2017
Причина инвалидности травма шейного отдела позвоночника с дисковой грыжей в шейном отделе
М.П. [подпись]
Продлена (установлена) группа инвалидности с по
Причина инвалидности
М.П.
Продлена (установлена) группа инвалидности с по
Причина инвалидности
М.П.

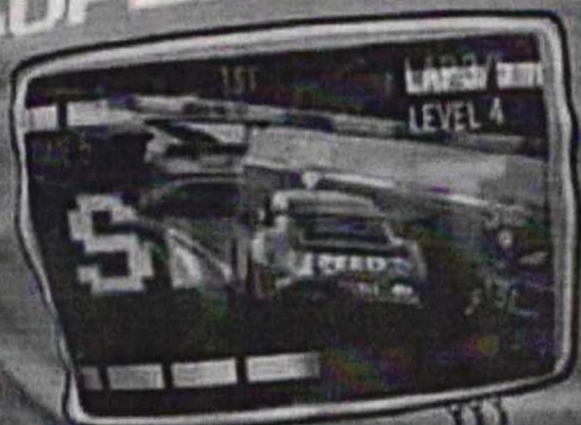
ОГИТЕ
ДЕТЬ
ПР!



fac



SUPER RACE



карта Сбербанка России:
69 3800 8193 4001



Помощь по телефону
+375 (29) 233



@fadey_help

ФАДЕЙ СМИРНОВ

Республика Беларусь,
г. Витебск

Врождённая патология глаз: склерокорнеа,
помутнение роговицы правого глаза.
васкуляризированное бельмо роговицы
левого глаза.

ГОРЯЩИЙ СБОР !

25 500 €

Сбор средств на операцию по
пересадке искусственной
роговицы в испанской
офтальмологической клинике
BARRAQUER, Барселона

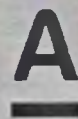
БЫСТРЫЙ СПОСОБ ПОМОЧЬ - ПОПОЛНИТЬ МТС:

+375(29)233-93-14

Услуга МТС "поделись балансом"
*363*375292339314*сумма#вызов



Карта Беларусбанк
6711 7700 1545 0443
до 12/23
Смирнова Ольга



Карта Альфа банк
4585 2042 2394 7360
до 01/24 instant issue
+375(29) 596-22-89



Карта Сбербанк России
5469 3800 8193 4001
(на доверенное лицо
Юлия С)



PayPal:
paypal.me/nadiahelp
(Надежда Манцевич
доверенное лицо)

ПОМОГИТЕ УВИДЕТЬ ЭТОТ МИР!



SURGERY QUOTATION

Mr.
FADZEI SMIRNOU
CALLE LENINGRADSKAY , 92-65

Dear Mr. **FADZEI SMIRNOU** ,

Medical Record No.: **1221983**

We thank you for trusting the Barraquer Centre of Ophthalmology with your eye care. Please find below the estimated cost for the treatment indicated by your ophthalmologist.

Surgeon	Financial Programme
DR. NADAL REUS, JERONI (Col. Nº: 26621)	PRIVADO
DRA. DE LA PAZ DALISAY, MARIA F. (Col. Nº: 38638)	

No.	Concept	Amount (€)
1	VITRECTOMY	7.731,00
1	KERATOPROSTHESIS	8.456,00
2	STAY	510,00
1	PREPARATION: PREANESTHETIC STANDARD	157,00
1	DONATION Barraquer Foundation (major surgery)	20,00
1	OPERATING ROOM EXPENSES (STD)	600,00
1	PROTESIS "BOSTON" TYPE 2 (keratoprostheses)	4.000,00
1	TEST Cov-2 PCR	130,00
1	SUPPLEMENT: KERATOPLASTY (DONOR/RECEIVER ANALYSIS)	390,00
1	SUPPLEMENT: KERATOPLASTY (CORNEA)	1.385,41
1	BIOPSY: CORNEA, EYELID, VITREOUS, CONJUNCTIVA...	159,00
ESTIMATED TOTAL COST:		23.538,41

- **The quotation may vary depending on the care**, medication, medical materials, tests and additional nights' stay required. Subsequent to surgery, you will be told if you need to make any additional payments.
- In terms of administration, the post-operative period last about 4-8 weeks from the date of the operation. During this period, ophthalmology check-ups derived from the surgical procedure are performed free of charge, including previous lens prescription and complimentary examinations. Special items will be invoiced separately, like lab tests, therapeutic contact lenses, etc. Once this period has ended, the visits and tests will be invoiced based on the Centre's standard rate.
- In the event that you require re-operation, you will be informed of the corresponding costs.