

Главному врачу
ГАУЗ СО «СООД»
Б.Л. Мейлаху
от

(фамилия)

(имя)

(отчество),

(дата рождения),
проживающей (его) по адресу:

Электронная почта _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать копии моих медицинских документов:

для предоставления в _____.

« ____ » _____ 20__ г.

подпись _____

/ _____ /

(Ф.И.О.)