|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Главному врачу  |
|  |  | Учреждения здравоохранения |
|  |  | «Марьинагорская ЦРБ» |
|  |  |  |
|  |  | от гражданина (ки) |
|  |  |  |
|  |  | (Фамилия) |
|  |  |  |
|  |  | (имя, отчество) |
|  |  | год рождения |  |
|  |  | проживающего по адресу: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | моб.тел. |  |
|  |  | паспорт | серия |  | № |  |
|  |  | кем выдан |  |
|  |  | когда выдан |  |

Заявление

|  |  |
| --- | --- |
|  Прошу осуществить административную процедуру |  |
| - предоставить выписку из медицинских документов по месту требования: |
|  |
| (указать, за какой период, и обязательно место требования) |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| « |  | » |  | 20 |  | г. |  |  |
|  |  | (подпись) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| \*При подаче заявления и получении ответа заявитель обязан предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий личность. |
| \* Максимальный срок ответа со дня подачи заявления - в течение 5 дней, согласно Перечню административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлению граждан, утвержденному Указом Президента Республики Беларусь от 26.04.2010 №200. |
|  |