Главному врачу

государственного учреждения здравоохранения «Брестская

городская поликлиника № 5»

Козинцу М.С.

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

(фамилия, имя, отчество гражданина (если таковое имеется) проживающего (зарегистрированного) по адресу

|  |
| --- |
|  |

 (номер телефона)

заявление

Прошу предоставить выписку из моих медицинских документов за период с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

Представляю копии документов и (или) сведений (при их наличии):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 /подпись гражданина/