|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Главному врачу | | | | | | | |
|  |  | Учреждения здравоохранения | | | | | | | |
|  |  | «Дзержинская 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. | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |