

Главному врачу
БУ «Нефтеюганская районная больница»
О.Р. Ноговициной

Ф.И.О. _____

Домашний адрес _____

Контактный телефон _____

Заявление

Прошу выдать мне копию (выписку) из медицинской карты амбулаторного больного на моё имя в связи с переменой места жительства

Ф.И.О., число, месяц, год рождения

за временной период с _____ по _____

Копии документов прилагаю:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Дата _____

Подпись _____