

ОБРАЗЕЦ

Генеральному директору ООО «Мед
Фарма»

OT

(ФНО)

фактический адрес:

тел.:

email:

Заявление

Я,

(ФНО)

являюсь пациентом ООО «Мед Фарма» (поликлиника АВЕНЮ),

дата посещения: _____

и сообщаю: _____

Прошу (укажите пожалуйста, каких действий Вы ждете от медицинской организации):

Дата: " _____ " _____ 20____ г.

Заявление принято работником ООО «Мед Фарма»: _____ / _____
подпись расшифровка

Копию получил.

Подпись пациента/законного представителя пациента: _____ / _____
подпись расшифровка