И.О. Главного врача

СПб ГБУЗ «КВД Невского района»

Ю. С. Егоровой

от_____

_____

_____

Проживающему(-ей) по адресу:_____

_____

_____

_____

Паспорт: серия _____ №_____

Выдан _____

_____

_____

Дата выдачи «___» _____ 20____г.,

Тел.:_____

ЗАЯВЛЕНИЕ

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Дата: _____/_____

подпись расшифровка