

Заведующему филиалом
«Бобруйская городская
поликлиника № 5» учреждения
здравоохранения «Бобруйская
городская поликлиника № 1»

от гражданина (Ф.И.О.)

год рождения _____

проживающего по адресу:

тел. _____

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.**