

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.