

ЗАЯВЛЕНИЕ

« ____ » _____ 20 ____ г.

Главному врачу
учреждения здравоохранения
«Бобруйская городская поликлиника № 1»
Колосовой Ирине Леонидовне

(фамилия, имя, отчество в родительном падеже)
проживающего (ей) по адресу:

домашний телефон _____
мобильный телефон _____

Прошу предоставить сведения о суммарной дозе облучения (мЗв)
полученной при рентгенографических исследованиях, проведенных

(указать период)

(подпись)

(инициалы, фамилия)