Главному врачу

учреждения здравоохранения «Брестский областной кожно-венерологический диспансер»

Ленёву М.С.

от гражданина (Ф.И.О.)

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| дата рождения |  |

проживающего по адресу:

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| телефон |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| серия паспорта |  | № |  |

|  |  |
| --- | --- |
| когда и кем выдан |  |
|  |

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.