

Главному врачу учреждения
здравоохранения
«Воложинская ЦРБ»
Шурыгиной А.В.
от гражданина (Ф.И.О.)

год рождения _____

проживающего по адресу:

Контактный
тел. _____

паспорт серия ____ № _____

идентификационный номер паспорта:

кем и когда выдан _____

Заявление:

Прошу осуществить административную процедуру _____
- предоставить выписку из медицинских документов по месту
требования (указать, за какой период, и обязательно место требования):

« _____ » _____ 20 _____ г.

* При подаче заявления и получении ответа заявитель обязан предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.

* Когда заявка будет исполнена, на контактный E-mail-адрес придет сообщение. Получить заказанную выписку можно в каб. № 306 районной поликлиники УЗ «Воложинская ЦРБ».

* Максимальный срок ответа со дня подачи заявления - 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.