Главному врачу УЗ «ОЦП»

от гражданина (ФИО)

год рождения,

проживающего по адресу:

тел.

паспорт серия №

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).

Дата подпись