**Образец оформления письменного обращения:**

***(заполняется разборчивым почерком)***

Главному врачу учреждения здравоохранения «Оршанская центральная поликлиника»

Карака С.А.

Гражданина (гражданки) ФИО

Место проживания (индекс, полный адрес)

Контактные телефоны

ЗАЯВЛЕНИЕ

***Излагается суть обращения.***

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Приложение:

 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***При необходимости прилагаются документы, необходимые для разрешения вопроса или подтверждающие факты, изложенные в обращении.***

Дата Личная подпись гражданина

**Примечание:** в случае если в обращении отсутствует личная подпись гражданина, обращение считается анонимным и рассмотрению не подлежит, за исключением обращений, содержащих сведения о готовящемся, совершаемом или совершенном преступлении.