Приложение 2
к приказу по БУЗ ВО «ЧДГП № 1»
от 07.02.2019 № 75

Главному врачу
БУЗ ВО «Череповецкая детская городская поликлиника № 1»
С.А. Егоровой

от гр._____
(Ф.И.О.)
Адрес проживания: _____
ул._____дом_____ квартира_____
телефон: домашний_____ мобильный_____
социальная
категория:_____
(пенсионер, инвалид, служащий, рабочий, безработный, многодетная мать и.т.д.)

Заявление

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

«____»_____20_____ г. _____
подпись