

Заместителю директора по медицинской части  
ООО «Медицинский центр Форестмед»

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

кем и когда выдан \_\_\_\_\_

идентификационный номер \_\_\_\_\_

Заявление

Прошу осуществить административную процедуру выдача выписки из  
медицинских документов \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать, за какой период, и место куда будет предоставляться):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(дата)

\_\_\_\_\_

(подпись)

\_\_\_\_\_

(ФИО)

\*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 26.04.2010г № 200.