

Главному врачу государственного
бюджетного учреждения здравоохранения
Московской области «Московская
областная детская клиническая
травматолого-ортопедическая больница»
Хошабаеву Роберту Абрамовичу

от _____,
(Ф.И.О полностью)

проживающий по адресу:

Паспорт: _____, выдан ____ __ ____.Г.

Тел. _____

E-mail: _____

Заявление

Я, _____, _____._____._____ года рождения,
прошу Вас выдать мне рентгенограммы для _____

(указать: консультация, продолжения лечения в другом учреждении или др.)

Лечение в больнице в период с _____ Г. по _____ Г.
(отделение № _____) с диагнозом: _____

_____._____ 20____ Г. _____

Ф.И.О.,

подпись