

Главному врачу ГБУЗ «ДСП № 45 ДЗМ»

В.А. Милешиной

От _____

Тел. _____

Заявление

Прошу Вас предоставить выписку из медицинской карты
стоматологического больного, ортодонтического пациента _____

(нужное подчеркнуть)

(ФИО ребенка)

_____, «__» _____ года

рождения, полис № _____

зарегистрированного по адресу: _____

В связи с _____.

*(указать причину: переезд на другое место жительства, перевод в другую поликлинику,
госпитализация и.т.д.)*

_____/_____/_____

«__» _____ 20__ год