

Заведующему филиалом  
«Бобруйская городская  
поликлиника № 4» учреждения  
здравоохранения «Бобруйская  
городская поликлиника № 1»

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

от гражданина (Ф.И.О.)

год рождения \_\_\_\_\_

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

### Заявление

Прошу осуществить административную процедуру \_\_\_\_\_  
- предоставить выписку из медицинских документов по месту  
требования (указать, за какой период, и обязательно место требования):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

\_\_\_\_\_  
/подпись/

\*При подаче заявления и получении ответа заявитель обязан предъявить паспорт или иной документ, удостоверяющий личность.  
• Максимальный срок ответа со дня подачи заявления - течение 5 рабочих дней согласно Перечню административных процедур, осуществляемых государственными органами и иными организациями по заявлению граждан, утвержденному Указом Президента Республики Беларусь от 26.04.2010 №200.