

Главному врачу
Учреждения здравоохранения
«17-я городская клиническая
поликлиника»
Петельскому Ю.В.
гражданина (Ф.И.О.)

Год рождения _____
Проживающего по адресу:

телефон: _____
паспорт серия _____ № _____
кем и когда выдан _____

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 – в течении 5 дней, согласно
Перечню административных процедур, осуществляемых государственными органами и
иными организациями по заявлению граждан, утвержденному Указом Президента
Республики Беларусь от 26.04.2010 г. №200.*