Главному врачу

КГБУЗ «Родильный дом» имени Венцовых

от: (Ф.И.О. пациента/законного представителя)

адрес: (вписать нужное)

телефон: (указать номер Вашего телефона)

можно указать электронную почту

Обращение

|  |
| --- |
| Текст обращения |

При рассмотрении обращения согласна на обработку персональных данных

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись, ФИО полностью)

Ответ прошу направить

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать способ передачи: лично заявителю, отправить по почте, в электронной форме)

Дата

Подпись /расшифровка подписи/