Заместителю директора
по лечебной работе – главному врачу
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
Н.Е. Столбовой

от _____

_____
(Ф.И.О.)

проживающего(ей) по адресу: _____

_____

тел. _____

Заявление

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

«_____»_____2023_____
(подпись) (Ф.И.О.)