

Главному врачу УЗ «Центральная  
городская стоматологическая  
поликлиника г. Гродно»  
М.В.Боровик от гражданина  
(Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

год рождения \_\_\_\_\_

проживающего по адресу:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

тел. \_\_\_\_\_

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