|  |
| --- |
| Главному врачу ГБУЗ СПК  А.Т.Коденеву  Ф.И.О. (*полностью*)………………………..  Паспорт: серия ………… № ……………...  выдан ………………………..…………..…......  дата выдачи ………………………………….  Адрес регистрации с индексом: …………..….……………………………………….  Адрес проживания с индексом:  ……………………………………………………….  Телефон: ……………………….…………....... |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать мне справку о результатах лабораторных исследований образцов донорской крови от ………… (*указывается дата донации*) на маркеры вирусных гепатитов, сифилиса, ВИЧ / по определению группы крови, резус фактора.

Справку заберу лично при посещении станции переливания крови.

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

дата подпись расшифровка