|  |
| --- |
| 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 предоставить информацию о причине отвода меня от донорства крови и ее компонентов, и результат направить Почтой России по адресу (*с индексом*): …………………………………...………………………………………………..………

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

дата подпись расшифровка