|  |
| --- |
| Главному врачу ГБУЗ СПКА.Т.КоденевуФ.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