Главному врачу ГБУЗ «ПКБ № 5 ДЗМ»
Целищеву Дмитрию Вениаминовичу

От _____
(степень родства/представительство)

пациента_____
_____
_____
_____
(ФИО и № отделения пациента(-ки))
_____
_____
(ФИО заявителя)

_____
_____
_____
_____
(адрес для направления ответа)

_____
(телефон)

_____
(электронная почта)

Заявление

_____ _____ _____
(дата) (подпись) (ФИО)