Главному врачу учреждения здравоохранения
«Витебская областная медико-реабилитационная
экспертная комиссия»
Г. Л. Титовой
гр-на (ки) _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)
_____
адрес:_____
_____
телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)
освидетельствован (на) _____
(дата освидетельствования, наименование МРЭК)
_____
не согласен (не согласна) с решением данной комиссии по вопросу
_____
Прошу _____

_____ _____ _____
(Дата) (Подпись) (Ф. И. О)

Главному врачу учреждения здравоохранения
«Витебская областная медико-реабилитационная
экспертная комиссия»
Г. Л. Титовой
гр-на (ки) _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)
_____
адрес:_____
_____
телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(фамилия, имя, отчество заявителя)
освидетельствован (на) _____
(дата освидетельствования, наименование МРЭК)
_____
не согласен (не согласна) с решением данной комиссии по вопросу
_____
Прошу _____

_____ _____ _____
Дата) (Подпись) (Ф. И. О)