Главному врачу ГАУЗ «РКБ МЗ РТ»
Р.Ф. Шавалиеву
от _____

_____

_____

(Ф.И.О. полностью)

адрес проживания

_____

_____

номер контактного телефона

_____

Заявление

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____