



МЦ Універсальна клініка «Оберіг»

Вхідний № _____ від _____ 201__ року

Заява

Я, _____ (П.І.Б.), _____ (дата народження), прошу переслати на мою електронну адресу _____ (вказати діючий e-mail) результати/висновки досліджень/консультацій за _____ 201__ (дата):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

П.І.Б. заявника _____

Особистий підпис заявника _____

.....
ВІДМІТКА ПРО ВИКОНАННЯ Виконав _____ (П.І.Б. співробітника)

Дата виконання _____

Підпис виконавця _____