**Главному врачу ГБУЗ СПК МЗ КК**

**Коденеву А.Т.**

**ФИО \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_д.р.\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Паспорт серия………… №……………**

**выдан…………………………………….**

**………………………………………………..**

**дата выдачи……………………………**

**Адрес регистрации:……………………**

**……………………………………………….**

**Индекс: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

**Прошу Вас выдать мне справку о количестве кроводач в вашем учреждении:**

**- отправить почтой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**- выдать при личном обращении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Дата Подпись** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ФИО \_\_\_\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_