**Ф 3 ДП ОИ 03.10**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Главному врачу ФБУЗ (филиала)**    ОТ |
| *Указать наименование организации /Ф.И.О.* |
| *Адрес с указанием почтового индекса* |
| *Контактный телефон* |
| *Адрес электронной почты* |

**ОБРАЩЕНИЕ**

**1.**  **Суть обращения (описание)**

**2. Прилагаемые документы (при наличии)**\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись расшифровка подписи