

Главному врачу ГУЗ «Липецкая РБ»

Мотину С.П.

ФИО _____

Адрес _____

Телефон _____

Заявление

Прошу Вас разрешить мне пройти обследование в рамках углубленной диспансеризации на основании п.2 приказа Министерства Здравоохранения РФ от 1 июля 2021 г. N 698н

«Об утверждении порядка направления граждан на прохождение углубленной диспансеризации, включая категории граждан, проходящих углубленную диспансеризацию в первоочередном порядке».

Дата

Подпись