

Главному врачу  
СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»  
Реутскому И.А.

От (ФИО заявителя) \_\_\_\_\_

По доверенности № \_\_\_\_\_,  
действующего в интересах \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес проживания (город, улица, дом, кв.):  
\_\_\_\_\_

Адрес для корреспонденции (индекс, город, дом, кв.):  
\_\_\_\_\_

Паспортные данные (серия, №, кем и когда выдан):  
\_\_\_\_\_

Контактный телефон, электронная почта:  
\_\_\_\_\_

Способ получения запрашиваемых документов  
**(нужное подчеркнуть)**:

- лично; - почта России; - электронная почта.

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу \_\_\_\_\_

(Текст обращения с указанием ФИО, года рождения пациента, степени родства)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Дата)

\_\_\_\_\_  
(Подпись)

\_\_\_\_\_  
(Расшифровка)