

Главному врачу
СПб ГБУЗ «ГПЦ №1»
Гриненко Г.В.

от _____

проживающей по адресу: _____

Паспорт: серия _____ № _____,

Выдан _____

Дата выдачи «___» _____ 20__ г.,

Тел.: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать копию заключения по исследованию последа.

Дата родов «_____» _____ 20__ г.

Дата: _____ / _____

Подпись

Расшифровка

Копию заключения по исследованию последа получила

Дата: _____ / _____

Подпись

Расшифровка