Директору Клинического центра

ФГАОУ ВО Первый МГМУ

им. И.М. Сеченова Минздрава России

(Сеченовский Университет)

О.С. Волковой

|  |  |
| --- | --- |
| от (ФИО полностью): |  |
|  |  |
| паспорт: |  |
|  |  |
| адрес: |  |
|  |  |
| тел.: |  |
| email: |  |

Заявление

\**(указать, какой документ или информация требуется, (указать, в какой больнице Сеченовского Университета получали мед. услуги и год обращения)*

 Дата Подпись