|  |
| --- |
| Главному врачу ГБУЗ СПКА.Т.КоденевуФ.И.О. (*полностью*)………………………..Паспорт: серия ………… № ……………...выдан ………………………..…………..…......дата выдачи ………………………………….Адрес регистрации с индексом: …………..….……………………………………….Адрес проживания с индексом:……………………………………………………….Телефон: ……………………….…………....... |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас выдать мне справку о результатах лабораторных исследований образцов донорской крови от ………… (*указывается дата донации*) на маркеры вирусных гепатитов, сифилиса, ВИЧ / по определению группы крови, резус фактора.

Справку заберу лично при посещении станции переливания крови.

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

дата подпись расшифровка