

Главному врачу ГБУЗ ЧОПАБ
В.В. Лукину

от _____

проживающего (ей) по адресу:

Паспорт серия _____ № _____

Выдан _____ г. _____

Тел. _____

Заявление

Прошу выдать гистологические препараты и парафиновые блоки
_____ для дальнейшего исследования.

(ФИО пациента)

(документ, подтверждающий родство, в случае получения гистологических
препаратов и парафиновых блоков пациента родственниками).

Дата _____ подпись _____