

Главному врачу ООО «ПреАмбула» Платоновой М.М.

от _____
(ФИО, дата рождения)

проживающего по адресу: _____

паспорт серия: _____ № _____

выдан: кем _____

когда _____ телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

В связи с заболеванием моего ребенка _____
(ФИО, дата рождения)

по диагнозу _____

нам необходимо пройти обследование и лечение у специалистов ООО «ПреАмбула»:

_____ (указать специалистов, виды обследований)

В настоящее время у ребенка имеются следующие жалобы _____

Ребенок получает терапию _____

Прошу подтвердить возможность получения вышеуказанных медицинских услуг в клинике ООО «ПреАмбула» расположенной по адресу: _____

_____ и выслать справку-вызов для прохождения обследования и, при необходимости, лечения ребенка _____
(ФИО)

в период с «___» _____ 20___ г. по «___» _____ 20___ г. в сопровождении законного представителя _____
(ФИО, паспортные данные – серия, №, выдан кем, когда, телефон)

_____ Справку прошу выслать по e-mail/в @PreAmbulaBot в Telegram _____

«___» _____ 20___ г.

Подпись _____