Главному врачу ГУ «Рыбницкий ЦГиЭ»
Тизул А.В.

_____
(фамилия, имя, отчество)

_____
(адрес)

_____
(телефон)

ЖАЛОБА

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Дата **Подпись**