

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

(фамилия, имя, отчество)

(адрес)

(телефон)

З А Я В Л Е Н И Е

**Прошу Вас разработать и согласовать программу производственного
контроля для**

Дата

Подпись

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

(фамилия, имя, отчество)

(адрес)

(телефон)

З А Я В Л Е Н И Е

Дата

Подпись