

# ЗРАЗОК

Медичному директору  
ДУ «Національний інститут  
серцево-судинної хірургії  
ім. М.М. Амосова НАМН України»  
Уніцькій О.М.

**ПІБ (повністю) особи, що звертається,**  
місце фактичного проживання,  
контакти мобільного телефону  
за наявності адреса електронної пошти

## Заява

Прошу Вас надати копію виписки з історії хвороби (кардіохірургічне втручання, стаціонарне лікування; вказати приблизний час знаходження в стаціонарі).

Копія виписки надається для (вказати причину для отримання).

Дата

Підпис заявника