Главному врачу
БУЗ ВО «Вологодский областной
психоневрологический диспансер №1»
В.А. Воронову

от_____
(ФИО)

или

от_____
(ФИО представителя)

проживающего по адресу

_____

тел._____

З А Я В Л Е Н И Е
(Ж А Л О Б А / П Р Е Т Е Н З И Я)

_____ _____ «____»_____20___г.
(подпись)