

## **З Р А З О К**

**Директорові КНП СОР  
«Обласна дитяча клінічна  
лікарня»  
Ігорю ЗМИСЛІ  
прізвище, ім'я, по батькові  
заявника,  
повна адреса проживання,  
контактний телефон**

### **З А Я В А**

1. Викласти суть порушеного питання.
2. Відобразити результати попереднього розгляду, якщо такий був.
3. Зазначити, яка потрібна допомога.

До звернення (при необхідності) можуть бути долучені додаткові матеріали та копії документів, необхідних для розгляду та прийняття рішення.

**Дата**

**Підпис заявника**

***Звернення подається громадянином особисто або через уповноважену на це особу, надсилається поштою або електронною поштою.***

**З Р А З О К**  
Директорові  
комунального  
некомерційного  
підприємства Сумської  
обласної ради «Обласна  
дитяча клінічна лікарня»  
Ігорю ЗМИСЛІ

або: Медичному  
директорові  
Оксані СТАШКО  
*прізвище, ім'я, по батькові*  
*заявника,*  
*повна адреса проживання,*  
*контактний телефон*

### **З А Я В А**

1. Викласти суть порушеного питання.
2. Відобразити результати попереднього розгляду, якщо такий був.
3. Зазначити, яка потрібна допомога.

До звернення (при необхідності) можуть бути долучені додаткові матеріали та копії документів, необхідних для розгляду та прийняття рішення.

**Дата**

**Підпис заявника**

*Звернення подається громадянином особисто або через уповноважену на це особу, надсилається поштою або електронною поштою.*