|  |  |
| --- | --- |
| Заявление  \_\_\_\_\_\_\_\_\_дата | Председателю центральной  комиссии учреждения  «Гомельская областная МРЭК»  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ФИО (полностью)  год рождения заявителя Прож. по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (индекс, адрес)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. моб:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  тел. дом:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

В связи с несогласием с решением \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МРЭК

(название МРЭК)

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г. прошу рассмотреть мой вопрос о группе, причине

(дата)

инвалидности, коррекции ИПР в центральной комиссии.

(нужное подчеркнуть )

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (роспись) (фамилия, имя, отчество)