

Главному врачу

Учреждения здравоохранения
«Медико-реабилитационная экспертная
комиссия
Минской области»
Слипченко Э.Г.

(фамилия, имя, отчество)

зарегистрированного по адресу:

Тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу пересмотреть мои экспертные документы, так как с решением
_____ МРЭК я не согласен (-на).

_____ 20 ____ г.

подпись

Ф.И.О.