Вх. № …………………….……… / ………………..

**ДО**

**РЕГИОНАЛНА КАРТОТЕКА**

**ЗА МЕДИЦИНСКИ ЕКСПЕРТИЗИ (РКМЕ)**

**КЪМ РЗИ - ПЛЕВЕН**

**З А Я В Л Е Н И Е**

от …………………………………………………………………, ЕГН …………………………….

*(трите имена)*

адрес: гр./с………………………………………………. ………………………...

*(населено място, пощенски код, улица и номер, квартал, № на блока, етаж, апартамент)*

телефонен номер за връзка ……………………………… e-mail ………………………………….

Моля да ми бъде издаден препис на:

* Експертно решение на ТЕЛК/НЕЛК № …………………………от ………………….
* следните документи, съхранявани в Медицинското ми експертно досие:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Заявявам, желанието си издадения индивидуален административен акт да бъде получен:

* Лично от сградата на РЗИ Плевен
* Чрез лицензиран пощенски оператор…………………….…………………………………

 на адрес......................................................................................................................................

 като декларирам, че пощенските разходи са за моя сметка, платими при получаването

Дата: ………………………… Подпис: ………………...