Головному лікарю \_\_міської лікарні № 8 м. Харкова\_

(найменування закладу охорони здоров’я чи прізвище,

ім’я, по батькові (за наявності) фізичної особи – підприємця,

яка одержала ліцензію на провадження господарської

діяльності з медичної практики)

\_\_\_ Шульженко Ользі Петрівні\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(прізвище, ім'я та по батькові (за наявності))

\_Головної Олени Михайлівни\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(прізвище, ім'я та по батькові (за наявності) пацієнтки)

Заява

Я,\_\_Головна Олена Михайлівна, РНОКПП 1234567890\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (прізвище, ім'я та по батькові (за наявності), реєстраційний номер облікової картки платника податків (за наявності))

прошу сформувати медичний висновок про тимчасову непрацездатність категорії «Вагітність та пологи» з датою початку \_17\_\_\_ (сімнадцяте) \_\_12\_\_\_ \_2023\_\_\_\_,

(число, цифрою) (число, прописом) (місяць) (рік)

або дати пологів, якщо останні настануть раніше визначеної у цій заяві дати.

\_\_\_14.11.2023\_\_\_\_\_\_ \_\_Головна О.М.\_\_\_\_\_ \_\_*Головна*\_\_\_\_\_

(дата написання цієї заяви) (прізвище та ініціали) (підпис)