Старшыні \_\_\_\_МРЭК\_\_\_

Інваліда\_\_\_\_\_\_\_\_ групы

Прозвішча\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Імя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Імя па бацьку\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрас:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тэл. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заява

Прашу выдаць дублікат пасведчання інваліда ўзамен непрыдатнага.

Серыя\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата Подпіс ПІБ пацыента