

Главному врачу
ГБУЗ МО «Королевская городская больница»
Шпилянскому Э.М.

От _____
Ф.И.О.

Дата рождения _____

Проживающего (ей) по адресу: _____

Заявление

Прошу Вас снять с меня запрет самозаписи в системе ЕМИАС.

При невозможности придти на прием в указанное время обязуюсь отменить запись на прием к врачу на портале Здравоохранения Московской области **uslugi.mosreg.ru/zdrav** или по единому номеру колл-центра Губернатора Московской области 8(800)550-50-30(бесплатно)

дата

подпись