|  |  |
| --- | --- |
|  | **Главному врачу ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Пермском крае»**  ОТ  |
| *Указать наименование организации /Ф.И.О.* |
| *Адрес с указанием почтового индекса* |
| *Контактный телефон* |
| *Адрес электронной почты* |

**П Р Е Т Е Н З И Я**

**1.**  **Суть претензии (описание)**

**2. Прилагаемые документы (при наличии)**\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 подпись расшифровка подписи