

Главному врачу ООО «Стоматология Улыбка Тари»

О.П.Василинич

от _____

(Ф.И.О. Заказчика/Потребителя)

Контактный телефон:

ЖАЛОБА

ДАТА: « _____ » _____ 20 _____ г.

ПОДПИСЬ (Заказчика/Потребителя) _____

ВХОДЯЩИЙ НОМЕР: _____