|  |  |
| --- | --- |
|  | **ОБРАЗЕЦ*****Заявление может быть написано в любой другой произвольной форме, но в обязательном порядке содержать фамилию, имя, отчество и полную дату рождения (число, месяц, год)***  |

Заявление

 Прошу снять меня \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 (фамилия, имя, отчество (полностью))

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.р.,

(число, месяц, год рождения)

с регистрационного учета в качестве застрахованного в сфере обязательного медицинского страхования лица в связи с тем, что являюсь аттестованным сотрудником \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

 (указать ведомство)