|  |  |
| --- | --- |
|  | **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)