



LÄÄNE-TALLINNA  
KESKHAIGLA

## ФОРМА ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ДЛЯ ЗАПОЛНЕНИЯ ВРУЧНУЮ

Дата события "....." .....

Место события (клиника, отделение, кабинет)

.....  
.....

**Описание события.** Пожалуйста, как можно точнее опишите произошедшее или содержание предложения. При возможности укажите лиц, связанных с событием, время, когда всё произошло и прочие связанные с делом детали.

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Имя и фамилия лица, написавшего обращение

.....

Желаете ли Вы получить ответ на обращение? **ДА / НЕТ**

Адрес, по которому желаете получить ответ (улица, город/посёлок, уезд, почтовый индекс).

.....

Телефон ..... Эп. почта.....

Подпись ..... Дата "....." .....

**Просим опустить ваше обращение в отведённый для этого ящик.**

**Благодарим! Ваше мнение для нас очень важно!**