**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. заявителя, дата рождения: |  |
|  | |
| (адрес заявителя) | |
|  | |
|  | |
| (данные документа, удостоверяющего личность) | |
| Прошу выдать разрешение на занятие народной медициной по указанным видам:   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |  |   Адрес осуществления деятельности:   |  | | --- | |  | |  |   Имею документы об образовании (при наличии)   |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | | Дата |  | Подпись заявителя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Расшифровка подписи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |