**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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |