

Моля да окажете съдействие за прилагане на лечение с реконвалесцентна плазма  
на:.....,

който ми е..... Той е на .....години и се лекува в болница .....от д-р  
..... Лекуващият лекар .....е съгласен да проведе това  
лечение като обсъди с вас състоянието на болния на телефон.....

Име и Фамилия: .....

Телефон:.....

Град:.....