Главному врачу ООО ЛЕЧЕБНЫЙ ЦЕНТР "ДЕНТАЛ СПА ПЛЮС"

|  |
| --- |
| от |
| фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента |
| (его законного представителя, доверенного лица) |
| адрес места жительства (места пребывания) |
| Тел.: |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

о предоставлении медицинских документов (их копий) и выписок из них

|  |  |
| --- | --- |
| Прошу выдать мне медицинские документы: | |
|  | (наименование документа (копии) и выписки их них, за какой срок) |
| Сведения о пациенте: | Фамилия, имя, отчество (при наличии) |
| Адрес места жительства (места пребывания) | |
| Реквизиты документа, удостоверяющего личность | |
|  | |
| Почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений и (в случае, если имеется) номер | |
| контактного телефона, адрес электронной почты (при наличии) | |
|  | |
| Сведения о законном представителе (доверенном лице) | |
| (Фамилия Имя Отчество, документ, удостоверяющий личность и документ подтверждающий его полномочия) | |
|  | |
| Сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских | |
| документов (их копий) или выписок из них | |
|  | (при личном обращении, по почте, в электронной форме) |

« » 20 г.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (Подпись) |  | Фамилия Имя Отчество пациента (его законного представителя, доверенного лица) |

|  |  |
| --- | --- |
| *Отметка о регистрации заявления* | |
| *Дата* | |
| *Вх. номер* | |
| *(Подпись)* | *(Фамилия И.О.)* |