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.)* |