

ЗАПРОС

На предоставление копий медицинских документов и выписок из них

Фамилия, имя, отчество пациента или законного представителя пациента:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность: _____

Адрес места жительства (места пребывания): _____

Наименование медицинских документов (их копий) или выписок из них, которые пациент или его законный представитель намерен получить: _____

Сведения о способе получения запрашиваемых документов (почта России, электронное отправление, получение лично в клинике) _____

Почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений, адрес электронной почты (при наличии); номер контактного телефона _____

Дата : _____

Подпись: _____