

Директору ООО «МЦ «Наш доктор»
Кечиной З.Г.

(фамилия, имя, отчество пациента/законного представителя)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента
/законного представителя:

(наименование, серия, номер)
Выдан _____
(когда и кем)

(Контактный телефон)

ЗАПРОС

**на ознакомление пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей
состояние здоровья пациента**

Прошу выдать мне для ознакомления медицинскую документацию пациента

(фамилия, имя, отчество, дата и год рождения)

Проживающего по адресу: _____
(указать место жительства или пребывания)

За период с «___» _____ 20___ г. по «___» _____ 20___ г.

Условия оказания медицинской помощи _____
(В медицинской организации (СМП), амбулаторно)

(Медицинская (ие) услуга(и))

Реквизиты документы, подтверждающие полномочия законного представителя пациента

Почтовый адрес с указанием индекса для направления письменного ответа:

Электронный адрес для направления ответа _____ выражаю согласие.

Дата _____ подпись _____ / _____