

Письменный запрос

Фамилия, Имя и Отчество пациента (полностью)

(Фамилия, Имя и Отчество законного представителя пациента)

Место жительства (пребывания) пациента _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента (законного представителя
пациента) _____

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя
пациента _____

Период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за
который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с
медицинской документацией _____

Почтовый адрес для направления письменного ответа _____

Номер контактного телефона _____

Дата

Подпись

/ _____
Расшифровка