

Форма письменного запроса о предоставлении медицинской документации для  
ознакомления

Главному врачу Больницы РАН (г. Троицк)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ФИО пациента (законного представителя)

\_\_\_\_\_

Место жительства/ пребывания (пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_

паспорт: серия, номер (пациента/законного представителя)

\_\_\_\_\_

Реквизиты документа, подтверждающие полномочия законного представителя

\_\_\_\_\_

Контактный номер телефона

Заявление

Прошу предоставить для ознакомления медицинскую карту амбулаторного/

стационарного больного на имя \_\_\_\_\_

за период оказания медицинской помощи с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Дата

Подпись \_\_\_\_\_ ФИО