

Главному врачу _____

от _____

(почтовый адрес для направления письменного ответа)

(номер контактного телефона)

ЗАПРОС

о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Я, _____

(Ф. И. О. пациента)

или являющийся законным представителем пациента

(фамилия, имя и отчество)

проживающий по адресу

место жительства (пребывания)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента:

паспорт: серия _____ номер _____,

выдан _____

(когда и кем)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя
пациента:

паспорт: серия _____ номер _____,

выдан _____

(когда и кем)

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя
пациента:

Прошу предоставить мне для ознакомления медицинскую документацию пациента

_____ за период с _____ до _____.

Дата « _____ » _____ 20 ____ года

Подпись _____