

Запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Главный врач
ООО «Медспектр»
Волкодав О.А.

(Ф. И. О. пациента)	
(Ф. И. О. законного представителя пациента)	
Ф. И. О. супруга(и), сына, дочери, матери, отца, усыновленного(ой), усыновителя, родного брата и родной сестры, внука, внучки, дедушки, бабушки либо иного лица, указанного пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство :	
Место жительства (пребывания) пациента:	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа)	
Период оказания пациенту медицинской помощи, за который заявитель желает ознакомиться с медицинской документацией:	
Номер контактного телефона (при наличии):	
Почтовый адрес для направления письменного ответа:	
«___» _____ 20___ г.	_____ (подпись)