

ЗАПРОС
о предоставлении медицинской документации
для ознакомления в ИП Клыкова Н.Х.

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента _____

2. Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента либо лица, указанного в пункте 2 Порядка ознакомления с медицинской документацией _____

3. Место жительства (пребывания) пациента _____

4. Реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа) _____

5. Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа) _____

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

7. Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа _____

8. Номер контактного телефона (при наличии) _____

Дата _____

Подпись _____