

**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 \_\_\_\_\_

3. Место жительства (пребывания) пациента \_\_\_\_\_

4. Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента \_\_\_\_\_

5. Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии) \_\_\_\_\_

6. Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии) \_\_\_\_\_

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

8. Почтовый адрес для направления письменного ответа \_\_\_\_\_

9. Номер контактного телефона (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_