

Главному врачу
ООО «Данко»
кандидат мед. наук Дудко В. П.

(ФИО пациента
(законного представителя (доверенного лица) полностью)

адрес места жительства (места пребывания):

Контактный телефон:

адрес электронной почты (при наличии)

Заявление о предоставлении оригинала медицинских документов

Прошу Вас предоставить оригинал медицинских документов _____

(указать наименования медицинских документов, которые пациент либо его законный представитель намерен получить).

Цель получения оригинала медицинских документов: _____

Настоящим обязуюсь вернуть в регистратуру ГБУЗ «ЦРБ» Майского муниципального района оригиналы медицинских документов в течение _____ рабочих дней.

Способ получения пациентом (его законным представителем, доверенным лицом) запрашиваемых медицинских документов*:

при личном обращении

по почте на адрес места жительства (места проживания), указанный в заявлении

*-выбрать нужное

Приложение:

1. Копия документа, удостоверяющего личность.

Примечание: Законный представитель (доверенное лицо) пациента дополнительно предъявляет документ, подтверждающий его полномочия.

« ____ » _____ 20__ г.

_____/_____