ЗАПРОС
о предоставлении медицинской документации
для ознакомления в ООО "ЛИКАСТОМ"

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 _____