

Директору ООО «Альтернативная клиника»
Иванову Александру Аркадьевичу

Запрос на ознакомление с медицинской документацией

Пациент

фамилия, имя, отчество

адрес места жительства или временного пребывания

документ, удостоверяющий личность

Законный представитель (при наличии)

фамилия, имя, отчество

документ, удостоверяющий личность

документ, подтверждающий полномочия законного представителя

Прошу

предоставить возможность ознакомления с медицинской документацией

предоставить копию амбулаторной карты

по направлениям _____

за период _____

Реквизиты для ответа на запрос

почтовый адрес для письменного ответа

адрес электронной почты и контактный телефон

«__» _____ 20__ г.

подпись

Данные пациента и законного представителя, в том числе контактный телефон, почтовый адрес и адрес электронной почты не предоставляются третьим лицам и используются исключительно для идентификации заявителя и ответа на обращение гражданина.