

Главному врачу ГБУЗ СК
«СККПЦ №1»
Н.В. Зубенко

ПИСЬМЕННЫЙ ЗАПРОС

о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Прошу Вас предоставить возможность ознакомления с медицинской документацией:
(указать наименование) _____

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, подтверждающие полномочия законного представителя
пациента (при наличии)

7. Период оказания пациенту медицинской помощи в ГБУЗ СК «СККПЦ №1», за
который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской
документацией (с указанием времени пребывания или обращения пациента и наименование
отделения) _____

8. Почтовый адрес для отправления письменного
ответа _____

9. Номер контактного телефона (при наличии) _____

Подпись _____ Дата _____