|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Главному врачуГосударственного бюджетного учреждения здравоохранения Архангельской области«Приморская центральная районная больница»Коробейникову Сергею Викторовичу |

**ЗАПРОС**

**о предоставлении медицинской документации**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ф.И.О. пациента, дата рождения |  |
|  |
|  | Ф.И.О. законного представителя пациента |  |
|  |
|  | Место жительства пациента |  |
|  |
|  | Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента  |
|  |
| (номер, серия, кем и когда выдан документ) |
|  |
|  | Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента |
|  |
|  | Вид медицинской документации, запрашиваемой пациентом (амбулаторная карта, выписка из амбулаторной карты (указать период), другая медицинская документация) |
|  |
|  | С какой целью и куда (в какую организацию) запрашивается медицинская документация |
|  |
|  |
|  |
|  | Почтовый адрес для направления письменного ответа |  |
|  |
|  | Номер контактного телефона |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Дата) |  | (Подпись) |