

**Заявление пациента или законного представителя  
о выдаче медицинских документов (их копий) и выписок из них**

Первому заместителю  
генерального директора  
Троицкой В.В.

от \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента

дата рождения \_\_\_\_\_  
зарегистрированного (ой) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес для направления письменного ответа: \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона \_\_\_\_\_  
Период оказания пациенту медицинской помощи \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. законного представителя

зарегистрированного (ой) по адресу: \_\_\_\_\_

Паспорт: серия \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
кем выдан \_\_\_\_\_

дата выдачи \_\_\_\_\_  
Почтовый адрес для направления письменного ответа: \_\_\_\_\_

Номер контактного телефона \_\_\_\_\_  
Период оказания пациенту медицинской помощи \_\_\_\_\_

**Заявление**

Прошу выдать мне следующие медицинские документы (их копии) или выписки из них:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Способ получения (нужное подчеркнуть):

- 1) лично в руки;
- 2) «Почтой России» (заказным письмом с уведомлением);
- 3) нарочным – законному представителю.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ г.  
(дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\* Форма заявления не подлежит исправлению.