

От _____
Ф. И. О. законного представителя
Зарегистрированного (ой) по адресу: _____
_____ паспорт серия _____ № _____, выдан _____ дата выдачи _____
документ, подтверждающий статус законного представителя _____
период оказания пациенту медицинской помощи _____
адрес пребывания (жительства) _____
почтовый адрес для направления письменного ответа _____
e-mail (если есть) _____
номер контактного телефона _____

Заявление

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

за период _____ в бумажном виде или электронно (нужное подчеркнуть).

« _____ » _____ 20____ / _____
Дата, подпись