Письменный запрос на ознакомление с медицинской документацией:

Ф.И.О. _____

Ф.И.О. законного представителя_____

Место жительства:_____

_____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

_____

_____

_____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента:

_____

_____

_____

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента:

_____

_____

_____

Период оказания пациенту медицинской помощи в ООО «Медлайн Барнаул», за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с

медицинской документацией: _____

Почтовый адрес для направления письменного ответа:

_____

_____

_____

Номер контактного телефона (при наличии) _____

Подпись_____ Дата: _____