

ЗАПРОС
о предоставлении медицинской документации
для ознакомления
в ООО «Дантист АСВ»

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, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии) _____

7. Период оказания пациенту медицинской помощи в клинике, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией _____

8. Почтовый адрес для направления письменного ответа _____

9. Номер контактного телефона (при наличии) _____

Дата _____

Подпись _____