|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Главному врачу  Государственного 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) |