Директору ООО «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Ф. И. О. пациентаадрес местожительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

паспорт серия №, выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
период оказания мед. помощи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
почтовый адрес для направления письменного ответа

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

e-mail (если есть) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,
телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Заявление

Прошу выдать мне следующие **копии** медицинских документов или **выписки из них** *(нужное подчеркнуть*):

медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях;

В том числе: результаты лабораторных, инструментальных исследований (*нужное подчеркнуть*).

За период: с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В виде: бумажном или электронном (*нужное подчеркнуть*)

В целях: получения медицинской помощи в другой медицинской организации, комиссии по оценке состояния здоровья, иные причины (*нужное подчернуть*).

Дата Подпись