Главному врачу ГБУЗ СК
«Пятигорский межрайонный
медицинский фтизиопульмоно
логический центр»
Романенко Л.В.

_____
(ФИО)

_____
контакты

Письменный запрос
ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента ГБУЗ СК «Пятигорский межрайонный медицинский фтизиопульмонологический центр»

Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента_____
_____
Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента _____
Место жительства (пребывания) пациента_____
_____
Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента_____
_____
Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента _____
_____
Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента _____
_____
Период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией_____
_____
Почтовый/ электронный адрес для направления письменного ответа _____
_____
_____
Номер контактного телефона_____
_____

«_____» _____ 202__г _____ _____
подпись ФИО