

Главному врачу БУЗ ВО «Вологодский областной наркологический диспансер № 2» Лубягиной А.В.
от (ФИО пациента или его законного представителя)

Иванова

Ивана

Ивановича

**Запрос о предоставлении
медицинских документов (их копий) и (или) выписок из них для ознакомления**

1) фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента, дата рождения Иванов
Иван Иванович, 12.05.1966 г.р. ;

2) фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента _____ ;

3) адрес места жительства (пребывания) пациента г. Череповец
ул. Социалистическая, д. 1, кв. 1 ;

4) реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента паспорт 1900
000 000, ТРВД г. Череповца, 02.02.2022 г. ;

5) реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии) _____ ;

6) реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии) _____ ;

7) наименования копий медицинских документов или выписок из них копия анализа
крови общего от 29.09.2020 г.

8) сведения о способе получения пациентом (его законным представителем) запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них (отметить нужный вариант):

- при личном обращении (+7 000 000 0000)
указать номер контактного телефона

- по почте (_____)
указать почтовый адрес для направления письменного ответа и уведомлений

- в форме электронных документов (посредством направления на адрес электронной почты пациента (законного представителя) _____)

указать адрес электронной почты

«30» сентября 20 20 года
Дата

И.И.
Подпись

(Иванов И.И.)
Расшифровка подписи