Приложение №2 к Порядку приказа от 22.03.2022 №57/1

Форма письменного запроса

Главному врачу МБУЗ «Городская поликлиника №10»

_____

фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента

_____

фамилия, имя, 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

Прошу ознакомить меня с оригиналами медицинской документации за период_____

Почтовый адрес для направления письменного ответа_____
_____

Номер контактного телефона_____

Число, месяц, год

подпись пациента или законного представителя пациента_____