

**Запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления**

И.о. главного врача  
ООО «ТехМедЭксперт1-6-8»  
Волкодав О.А.

(Ф. И. О. пациента)	
(Ф. И. О. законного представителя пациента)	
Ф. И. О. супруга(и), сына, дочери, матери, отца, усыновленного(ой), усыновителя, родного брата и родной сестры, внука, внучки, дедушки, бабушки либо иного лица, указанного пациентом или его законным представителем в письменном согласии на разглашение сведений, составляющих врачебную тайну, или информированном добровольном согласии на медицинское вмешательство	
:	
Место жительства (пребывания) пациента:	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность заявителя (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа)	
:	
Период оказания пациенту медицинской помощи, за который заявитель желает ознакомиться с медицинской документацией:	
Номер контактного телефона (при наличии):	
Почтовый адрес для направления письменного ответа:	
«__» _____ 20__ г.	_____ (подпись)