

Письменный запрос на ознакомление с медицинской документацией:

Ф.И.О. _____

Ф.И.О. законного
представителя _____

Место жительства: _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента:

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента:

Период оказания пациенту медицинской помощи в ООО «Медицинский центр
«Медлайн», за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с
медицинской документацией: _____

Почтовый адрес для направления письменного ответа:

Номер контактного телефона (при наличии).