

**Письменный запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления**

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента/ законного представителя пациента, дата рождения)

проживающий по адресу: \_\_\_\_\_,

паспорт (иной документ, удостоверяющий личность) \_\_\_\_\_

являясь законным представителем пациента ООО МЦ «Телемедицина» \_\_\_\_\_

на основании \_\_\_\_\_

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

прошу предоставить мне для ознакомления оригиналы медицинской документации,  
отражающей состояние здоровья пациента ООО МЦ «Телемедицина»

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. пациента, дата рождения)

Период оказания медицинской помощи, за который необходима медицинская документация:

\_\_\_\_\_

Ответ на данный запрос прошу направить по адресу: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(указать почтовый адрес, электронный адрес и номер телефона для связи)

Дата \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ф.И.О., подпись

\_\_\_\_\_

номер контактного телефона