

Главному врачу  
ГБУЗ "ГКБ 67 им.Л.А.Ворохובה ДЗМ"  
А.С. Шкоде

От \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента)

От представителя пациента \_\_\_\_\_  
(ФИО представителя)

проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты(при наличии) \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

паспорт серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

выдан \_\_\_\_\_

#### Заявление

Прошу выдать (указать требуемый документ/исследование и период, за который необходима документация/исследование) \_\_\_\_\_

Сведения о способе получения запрашиваемых медицинских документов/исследований\* \_\_\_\_\_

Для представителей пациента, указать, какие документы приложены \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(подпись/расшифровка)

\*Медицинская организация не несет ответственности за сохранность сведений составляющих врачебную тайну при направлении копий медицинских документов и/или выписок из них по не защищенным каналам связи.