г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 3 лит А
www.aristomed.ru; medcenter@aristomed.ru
+7(812)443-86-59

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 Аристомед» _____
_____ 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 Аристомед»

_____
(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