

Главному врачу ГБУЗ СК  
«СККПЦ №1»  
Н.В.Зубенко

## ПИСЬМЕННЫЙ ЗАПРОС

о предоставлении медицинской документации для ознакомления

Прошу Вас предоставить возможность ознакомления с медицинской документацией : (указать наименование)

1. Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента \_\_\_\_\_

2. Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента \_\_\_\_\_

3. Место жительства (пребывания) пациента \_\_\_\_\_

4. Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента \_\_\_\_\_

5. Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя пациента (при наличии) \_\_\_\_\_

6. Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя пациента (при наличии) \_\_\_\_\_

7. Период оказания пациенту медицинской помощи в ГБУЗ СК «СККПЦ №1», за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией (с указанием времени пребывания или обращения пациента и наименованием отделения) \_\_\_\_\_

8. Почтовый адрес для направления письменного ответа (в случае необходимости) \_\_\_\_\_

9. Номер контактного телефона (при наличии) \_\_\_\_\_

Подпись \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_