



Кому:

\_\_\_\_\_  
ФИО пациента, его законного представителя:

\_\_\_\_\_  
Место жительства (пребывания) фактическое:

\_\_\_\_\_  
Паспортные данные:

\_\_\_\_\_  
Почтовый адрес для направления ответа:

\_\_\_\_\_  
Номер контактного телефона:

### ЗАПРОС

### НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ОЗНАКОМИТЬСЯ С МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЙ/ПОЛУЧИТЬ КОПИЮ, ВЫПИСКУ

Прошу предоставить возможность ознакомления с медицинской картой на территории  
медицинской организации либо путем выдачи заверенной главным врачом копии/выписки из  
медицинской карты за период \_\_\_\_\_  
в целях \_\_\_\_\_

Согласно условиям договора прошу предоставить копию медицинской карты в течение 30  
дней с даты подачи запроса.

Способо получения копии/выписки: \_\_\_\_\_  
*(лично, заказным письмом по указанному адресу)*

\_\_\_\_\_  
*(Подпись)*

\_\_\_\_\_  
*(Расшифровка пациента)*

Дата составления запроса: \_\_\_\_\_