

Принял Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Генеральному директор  
ООО «МедГарант Московский» Королькову В.А.  
ИНН 7810931441 ОГРН 1217800163712  
Адрес: 196084, Россия, г. Санкт-Петербург, вн.тер.г.  
муниципальный округ Московская застава,  
ул. Киевская, д. 3, литера А, помещ. 18-н, офис 1

Срок исполнения:  
до « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г.

### ЗАПРОС

#### на предоставление медицинских документов (их копий) и выписок из них

Пациент Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_

Законный представитель / представитель по доверенности (нужное подчеркнуть): Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Документ, подтверждающий статус законного представителя / представителя по доверенности (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_

Адрес места жительства (места пребывания): \_\_\_\_\_

Почтовый адрес для направления письменных ответов и уведомлений: \_\_\_\_\_

Номер телефона: \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Наименование запрашиваемых медицинских документов (их копий) или выписок из них, а также период, за который запрашиваются документы: \_\_\_\_\_

Сведения о способе получения запрашиваемых документов:

при личном обращении;  по почте;  на электронную почту.

В случае выбора способа получения запрашиваемых документов (в том числе составляющих врачебную тайну) посредством их направления на электронную почту, я уведомлен(а), что информация будет направляться по незащищенным каналам связи, в связи с чем, Клиника не может нести ответственность за несанкционированное попадание сведений к третьим лицам.

В случае изменения каких-либо контактных данных обязуюсь немедленно сообщить об этом Клинике, в противном случае все риски, связанные с разглашением любой информации третьим лицам (в том числе составляющим врачебную тайну) несу самостоятельно.

Я подтверждаю, что указанные в запросе данные верны, подтверждаю, что номер телефона и адрес электронной почты являются моими.

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 20 \_\_ г. / \_\_\_\_\_ /