

Принял Ф.И.О. _____

Срок исполнения:
до « ____ » _____ 20 __ г.

Генеральному директор
ООО «МедГарант Девяткино» Королькову В.А.
ИНН 4703145409 ОГРН 1164704058188
Адрес: 188678, Ленинградская обл.,
Всеволожский р-н, г. Мурино, бульвар Менделеева, д. 9,
корпус 1, помещение 4-Н

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. / _____ /