

Принял Ф.И.О. _____

Генеральному директор
ООО «МедГарант Приморский» Королькову В.А.
ИНН 7814772898 ОГРН 1207800024233
Адрес: 197374, г. Санкт-Петербург,
ул. Туристская, д. 10, корпус 1, литер А,
ч. пом 5-Н комната 15

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. / _____ /