



КЛИНИКА · СЛ

Заявление о предоставлении медицинских документов (их копий), выписка из них и/или об ознакомлении с оригиналами медицинских документов

Ф-001-И-006

Версия 02 от 03.06.22

Гриф ограничения доступа к документу

Для общего пользования

Рег. № _____ от « _____ » _____ 20__ г.

Главному врачу ООО «Медицина Красоты»
Жабоевой С. Л.

от _____

Фамилия И.О. Заявителя

паспортные данные: серия, номер, кем выдан, дата выдачи

адрес регистрации или пребывания

наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя

контактный номер телефона

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. Прошу Вас предоставить мне (выбрать нужное):

- Копии
- Выписку из
- Возможность для ознакомления и просмотра в помещении Клиники

следующих медицинских документов: _____

Указать наименование медицинских документов копии или выписка из которых требуются, а также период, когда услуги были получены

При подаче заявления представителем, указать Фамилию И.О. пациента, в отношении которого направляется запрос

Документы (ознакомление с документами/выписка) необходимы мне для _____

указать цель получения документов, выписки из них или ознакомления с медицинской документацией

Выбрать **один** из способов получения документов:

- Документы на бумажном носителе заберу лично по адресу: г. Казань, ул. Павлюхина, д. 37, пом. 1002, после получения телефонного уведомления о готовности документов;
- Документы на бумажном носителе прошу направить Почтой России на следующий адрес:

указать индекс почтового отделения и адрес Заявителя

- Скан-копии указанных документов прошу направить мне на электронную почту _____

При этом я понимаю, что электронная почта является открытым каналом связи, не защищенным системой безопасности Клиники. За взлом электронного почтового ящика и утечку информации беру ответственность на себя.

« _____ » _____ 20__ г. _____
Дата составления Подпись Заявителя Фамилия И.О. Заявителя

ПРИНЯТО:

« _____ » _____ 20__ г. _____ / _____
дата принятия заявления подпись Фамилия И.О. Администратора-кассира