

Главному врачу \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(почтовый адрес для направления письменного ответа)

\_\_\_\_\_  
(наименование страховой компании, серия, номер)

**Запрос о предоставлении медицинской документации для ознакомления**

Я, \_\_\_\_\_

(Ф. И. О. пациента)

или являющийся законным представителем пациента \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(фамилия, имя и отчество)

проживающий по адресу \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
место жительства (пребывания)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента:

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(когда и кем)

Реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя  
пациента:

паспорт: серия \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(когда и кем)

Реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя  
пациента: \_\_\_\_\_

Прошу предоставить мне для ознакомления медицинскую документацию  
пациента \_\_\_\_\_ за период с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_.

Дата «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ года

Подпись \_\_\_\_\_