

Главному врачу ООО «МОСТ-ФАРМ» _____

От _____

Реквизиты документа, удостоверяющего личность

Серия _____ Номер _____

Кем выдан _____

Дата выдачи _____

Адрес места жительства (места пребывания)

Почтовый адрес _____

e-mail _____

моб. телефон _____

Запрос предоставления медицинских документов (их копий) и выписок из них

Прошу выдать мне следующие медицинские документы (их копии) или выписки из них:

1. _____

2. _____

3. _____

Период, за который нужны выписки или копии _____

Профиль лечения _____

Способ получения медицинских документов: _____

(лично, почтовым отправлением, в форме электронных

документов (на портал Госуслуг)

Дата _____

Подпись _____