Прошу Вас предоставить:

(указать наименования медицинских документов либо сведений, отражающих состояние здоровья пациента, которые пациент либо его законный представитель намерен получить) за период

С целью

Способ получения медицинских документов, их копий или выписок пациентом, законным представителем или доверенным лицом

(лично, по почте, в электронном виде)

Приложение:

1. Копия паспорта или документа, удостоверяющего личность.

2. Копия документа, подтверждающего полномочия законного представителя\*.

Дополнительно для законных представителей или доверенных лиц

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/

(подпись) (расшифровка подписи)

**Заявление о предоставлении медицинских документов**

**(оригинала, копии, выписки, справки)**

нужное подчеркнуть

Директору ООО «ТПО «Оптика Перспектива» Храмцову А.В.

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента, законного представителя, доверенного лица полностью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Адрес места жительства или пребывания)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Адрес электронной почты (при наличии))

ООО «ТПО «Оптика Перспектива»

454021, г.Челябинск, ул.250-летия Челябинска, д.8. Тел. 225-27-93

ИНН/КПП 7447061510/744701001 ОГРН 10374002324850

р/с 40702810101000003721 в Банке «Снежинский» ПАО г.Снежинск

БИК 047501799 к/с 30101810600000000799

Лицензия №ЛО-74-01-005112 от 25 июня 2019 года