

Главному врачу стационара  
 ФГБУ НМИЦ «ЦНИИСиЧЛХ» Минздрава России  
 от \_\_\_\_\_

ФИО заявителя полностью

e-mail (если есть): \_\_\_\_\_

номер контактного телефона +7 \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я являюсь пациентом / законным представителем пациента (указать ФИО полностью) \_\_\_\_\_

На основании доверенности от \_\_\_\_\_ номер \_\_\_\_\_  
 Адрес регистрации \_\_\_\_\_

Адрес пребывания (если не совпадает с адресом регистрации) \_\_\_\_\_

Реквизиты документа, удостоверяющего личность:

Серия \_\_\_\_\_ (при наличии), номер \_\_\_\_\_, дата выдачи « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Кем выдан \_\_\_\_\_

**Прошу выдать в течение 10-ти дней следующие медицинские документы (поставить галочку):**

<input type="checkbox"/>	<b>Выписку</b> из стационарной истории болезни
<input type="checkbox"/>	<b>Копию</b> стационарной истории болезни

за период \_\_\_\_\_ в бумажном или электронном виде  
(указать даты) (подчеркнуть нужное)

**Документы прошу передать (поставить галочку):**

Способ	Отметка о выборе	Способ	Отметка о выборе	Способ (только в дополнение к отправке почтой)	Отметка о выборе
Мне лично с 9.00 до 17.00		почтой по указанному адресу		по указанной электронной почте	

**Прошу в течение 10-ти дней предоставить мне в присутствии работника организации возможность ознакомиться с моей медицинской картой (поставить галочку)**

<input type="checkbox"/>	в присутствии лечащего врача
<input type="checkbox"/>	без присутствия лечащего врача

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
подпись ФИО заявителя

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

Документы получил \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.