

Главному врачу поликлиники
 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"/>	Выписку из медицинской карты стоматологического больного
<input type="checkbox"/>	Выписку из медицинской карты ортодонтического пациента
<input type="checkbox"/>	Копию медицинской карты стоматологического больного
<input type="checkbox"/>	Копию медицинской карты ортодонтического пациента

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	<input type="checkbox"/>	почтой по указанному адресу	<input type="checkbox"/>	по указанной электронной почте	<input type="checkbox"/>

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.