

**Заявление на предоставление медицинских документов (их копий) и  
выписок из них в ОГБУЗ «ИГДП №6»**

1. Я, \_\_\_\_\_  
Ф.И.О. пациента (законного представителя)

2. Паспорт \_\_\_\_\_  
(серия) (номер) (кем и когда выдан)

3. Документ, подтверждающий полномочия законного представителя \_\_\_\_\_

4. Адрес места жительства \_\_\_\_\_

5. Прошу выдать медицинские документы (их копии), выписки (нужное подчеркнуть) \_\_\_\_\_  
(указать какие документы, за какие даты)

Ф.И.О. пациента, документы которого запрашиваются \_\_\_\_\_

6. Сведения о способе получения документов:

Лично в регистратуре \_\_\_\_\_

Почтой по адресу \_\_\_\_\_

Адрес электронной почты \_\_\_\_\_

Телефон для связи \_\_\_\_\_

7. Дополнительная информация (при наличии) \_\_\_\_\_

Дата подачи заявления \_\_\_\_\_

Подпись заявителя \_\_\_\_\_

Дата приема заявления \_\_\_\_\_

Подпись лица,  
принявшего заявление \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ в Журнале регистрации  
заявлений

Копию медицинских документов \_\_\_\_\_  
(наименование)

получил \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О.)

Подпись \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_