

**Заявление законного представителя  
на выдачу документов или копий, выписок из них**

от \_\_\_\_\_

Ф. И. О. законного представителя

зарегистрированного(ой) по адресу: \_\_\_\_\_

паспорт серия №, выдан \_\_\_\_\_, от \_\_\_\_\_,

документ, подтверждающий статус законного представителя \_\_\_\_\_

период оказания пациенту медицинской помощи \_\_\_\_\_,

адрес пребывания (жительства) \_\_\_\_\_,

почтовый адрес для направления письменного ответа \_\_\_\_\_,

e-mail (если есть) \_\_\_\_\_,

номер контактного телефона (если есть) \_\_\_\_\_

Заявление

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

за период \_\_\_\_\_ в бумажном виде или электронно (нужное подчеркнуть).

Дата, подпись

\_\_\_\_\_