

Главному врачу ФГБУ «НМИЦ ДГОИ  
им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России  
Д.В. Литвинову

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии) представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства (пребывания) представителя пациента)

контактный телефон: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

(при наличии)

### ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

являясь представителем по доверенности, выданной пациентом (его законным представителем) в соответствии с законодательством (нужное подчеркнуть) реквизиты документа: \_\_\_\_\_

(серия, номер)

Прошу предоставить мне следующие медицинские документы:

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского документа с указанием периода времени)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского документа с указанием периода времени)

на пациента \_\_\_\_\_ (г.р.)  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

реквизиты документа удостоверяющего личность пациента: \_\_\_\_\_

(серия, номер)

адрес места жительства пациента: \_\_\_\_\_

получившего лечение/ находящегося на лечении в данный момент (нужное подчеркнуть) в условиях ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России (далее – Центр).

Форма получения:	* «__» На бумажном носителе (лично)
	* «__» На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении по адресу: _____ _____

\* Нужно указать.

Приложение:

\_\_\_\_\_  
(Копии документов, которые заявитель вправе предоставить по собственной инициативе)

Подпись представителя пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /

(расшифровка)

Дата: \_\_\_\_\_