

Главному врачу ГБУЗ «Ржевская ЦРБ» Бегларяну А.С

От _____
(ФИО пациента или его законного представителя)

Место жительства _____

(реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность законного представителя)

Период оказания медицинской помощи с ___ по ___ 20__ г.

В отделении _____

(контактная информация : почтовый адрес, номер телефона)

ЗАЯВЛЕНИЕ

О выдаче медицинских документов

Прошу Вас на основании п. 5 ст. 22 ФЗ-323 от 21 ноября 2011 г., "Об основах охраны здоровья граждан в РФ" и Приказа Министерства здравоохранения РФ от 29.07.2016г. № 425н «Об утверждении порядка ознакомления пациента либо его законного представителя с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента» ознакомить меня с медицинской документацией, отражающей состояние здоровья пациента (ФИО)_____

Подпись _____

Дата _____