

Главному врачу
СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»
Петрову С.В.

От Фамилия _____
Имя _____
Отчество (при наличии) _____
Дата рождения: _____
Паспорт: серия _____ номер _____
Дата выдачи: _____
Кем выдан: _____
Адрес регистрации: _____
Почтовый адрес: _____
Телефон (*обязательно*): _____

Запрос о предоставлении медицинских документов

Прошу выдать заверенную копию или выписку (нужное подчеркнуть)

_____ (наименование медицинских документов)

согласен на получение в электронном виде (кроме КТ, МРТ, Rg) 1. направить по электронной почте (кроме КТ, МРТ, Rg):

не согласен на получение в электронном виде 1. выдать мне на руки
2. направить почтой

Период обращения в больницу _____ (если известен).

В отделении _____ (если известно).

Настоящим я проинформирован, что срок хранения копии медицинских документов составляет 30 календарных дней.

_____ (дата)

_____ (подпись)