

Приложение № 2 к
административному регламенту

Руководителю _____

(наименование медицинской организации)
от _____
(фамилия, имя, отчество заявителя
(законного представителя,
отношение к заявителю))

(место жительства заявителя
(законного представителя))
контактный телефон: _____
адрес электронной почты: _____

Заявление

Прошу предоставить следующие документы из электронной медицинской карты (за период не ранее 01.12.2015):

_____ в отношении
(ФИО, дата рождения, полис ОМС №) _____

_____ за период с «_____» _____ г. по «_____» _____ г.

_____ (дата)

_____ (подпись)