

Приложение № 3 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 доступ к документам из электронной медицинской карты
(ФИО, дата рождения, полис ОМС №):

_____ зарегистрированного
по адресу: _____

_____ проживающего по адресу: _____

_____ через портал услуг Тюменской области.

☐ Подтверждаю, что являюсь законным представителем.

(дата)

(подпись)