

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)