

Главному врачу  
Стоматологической клиники «АФИ – Дент», ООО «АФИ – Групп», Кналян С.В.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии)  
законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства (пребывания) законного  
представителя пациента) контактный телефон  
(обязательно): \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(при наличии)

### Запрос о предоставлении медицинских документов (их копий)

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
дата выдачи: \_\_\_\_\_

являясь **законным представителем** (мать/отец/опекун/попечитель - **нужное подчеркнуть**)  
пациента \_\_\_\_\_ (г.р.)  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

адрес места жительства пациента: \_\_\_\_\_

документ, подтверждающий полномочия: \_\_\_\_\_  
(свидетельство о рождении, документ об установлении опеки/попечительства)

реквизиты документа: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи)

получившего лечение/ находящегося на лечении в данный момент (**нужное подчеркнуть**) в  
условиях стоматологической клиники «АФИ – Дент» ООО «АФИ – Групп», прошу  
предоставить мне следующие медицинские документы (их копий):

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского документа с указанием периода времени)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского документа с указанием периода времени)

Форма получения: * Нужно указать.	« » На бумажном носителе (лично)
	« » На бумажном носителе направить заказным почтовым отправление с уведомлением о вручении по адресу: _____ _____

Подпись **законного представителя** пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Дата: \_\_\_\_\_

Главному врачу  
Стоматологической клиники «АФИ – Дент», ООО «АФИ –  
Групп», Княлян С.В.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии)  
законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства (пребывания) законного  
представителя пациента) контактный телефон  
(обязательно): \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(при наличии)

### Запрос о предоставлении медицинских документов (их копий)

Я,

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт \_\_\_\_\_ серии \_\_\_\_\_  
№ \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_ дата

выдачи: \_\_\_\_\_

получал лечение/ нахожусь на лечении в данный момент (нужное подчеркнуть) в  
стоматологической клинике «АФИ – Дент» ООО «АФИ – Групп», прошу предоставить мне  
следующие медицинские документы (их копий):

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского документа с указанием периода времени)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского документа с указанием периода времени)

Форма получения: * Нужно указать.	« » На бумажном носителе (лично)
	« » На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении по адресу: _____ _____

Приложение: \_\_\_\_\_  
(Копии документов, которые заявитель вправе предоставить по собственной инициативе)

Подпись пациента: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Дата: \_\_\_\_\_

Главному врачу  
Стоматологической клиники «АФИ – Дент», ООО «АФИ – Групп», Кналян С.В.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии)  
законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(адрес места жительства (пребывания) законного  
представителя пациента) контактный телефон  
(обязательно): \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(при наличии)

### Запрос о предоставлении медицинских документов (их копий)

Я, \_\_\_\_\_  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_, выдан: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ дата выдачи: \_\_\_\_\_

являясь **представителем по доверенности, выданной пациентом (его законным представителем)** в соответствии с законодательством (нужное подчеркнуть) реквизиты документа: \_\_\_\_\_  
(серия, номер, дата выдачи)

Прошу предоставить мне следующие медицинские документы (их копий):

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского документа, за какой период времени)

\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского документа, за какой период времени)

на пациента: \_\_\_\_\_ (г.р.)  
(Фамилия, имя, отчество (при наличии))

реквизиты документа удостоверяющего личность  
пациента: \_\_\_\_\_  
(серия, номер)

адрес места жительства пациента: \_\_\_\_\_

получившего лечение/ находящегося на лечении в данный момент (нужное подчеркнуть) в стоматологической клинике «АФИ – Дент» ООО «АФИ – Групп» (далее — Клиника).

Форма получения: * Нужно указать.	« » На бумажном носителе (лично)
	« » На бумажном носителе направить заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении по адресу: _____ _____

Приложение: \_\_\_\_\_  
(Копии документов, которые заявитель вправе предоставить по собственной инициативе)

Подпись представителя пациента \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(расшифровка)

Дата: \_\_\_\_\_



