

Главному врачу
ООО «Доктор Дент»
Ю.А. Тричеву
От _____

Паспорт _____

_____ (реквизиты паспорта)

Номер тел. _____

Адрес _____

запрос.

Прошу предоставить мне для ознакомления оригинал/копию медицинской карты
пациента, оформленной на имя _____
_____, проживающего по адресу: _____

_____ за
период оказания медицинской помощи с _____ г. по _____ г.

_____.
при необходимости – реквизиты документа, подтверждающие полномочия законного представителя

Дата _____

подпись

/ _____
ФИО