Главному врачу
ООО «Доктор Дент - люкс»
М.А. Буянову
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