

## **Запрос на получение медицинской документации**

Я, \_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество)

Документ, удостоверяющий личность \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ (серия, номер, вид документа)

Выдан: \_\_\_\_\_

(кем и когда)

зарегистрированный (ая) по адресу: \_\_\_\_\_,

Прошу направить

\_\_\_\_\_ (наименование запрашиваемых медицинских документов)

на адрес принадлежащей мне электронной почты: \_\_\_\_\_

Почтовый адрес для направления письменных ответов:

Контактный телефон:

Подтверждаю, что ознакомлен (а) с положениями Федерального закона от 27.07.2006 №152-ФЗ «О персональных данных», права и обязанности в области защиты персональных данных мне разъяснены.

Подпись \_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ Дата: «\_\_\_\_» \_\_\_\_ 202\_г.