

Директору КП «ПОКМКЦ ПОР»
Костянтину ВАКУЛЕНКУ

ПІБ (повністю) особи, що звертається,
місце реєстрації/фактичного проживання,
контакти мобільного телефону,
за наявності адреса електронної пошти

ЗАЯВА

Прошу Вас надати копію (витяг з) виписки з моєї медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого за час перебування на стаціонарному (амбулаторному) лікуванні у відділенні _____ (зазначити відділення), в період часу з «__» _____ року по «__» _____ року (або приблизний час знаходження у відділенні).

Копія (витяг з) виписки з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого необхідна для _____ (вказати причину отримання або заклад, де вимагається зазначена виписка).

Додатки: Копія документу, що посвідчує особу на 1 арк.;

Дата

Підпис заявника

**Директору КП «ПОКМКЦ ПОР»
Костянтину ВАКУЛЕНКУ**

ПІБ (повністю) особи, що звертається,
місце реєстрації/фактичного проживання,
контакти мобільного телефону,
за наявності адреса електронної пошти

ЗАЯВА

Прошу Вас надати копію виписки з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого на ім'я _____ (ПІБ (повністю) пацієнта). ПІБ (повністю) пацієнта знаходився (-лася) на стаціонарному (амбулаторному) лікуванні в _____ (вказати відділення) в період часу з «__» _____ року по «__» _____ року (або приблизний час знаходження у відділенні).

Копія виписки з медичної карти стаціонарного (амбулаторного) хворого необхідна для _____ (вказати причину отримання або заклад, де вимагається зазначена виписка).

Документи, що підтверджують повноваження представника додаються

Додатки: Копія документу, що посвідчує особу пацієнта на 1 арк.;

Копія документу, що посвідчує представника пацієнта на 1 арк.;

Копія документу, що підтверджують повноваження представника (довіреність, рішення суду, ордер на надання правової допомоги тощо)

Дата

Підпис заявника