



Общество с ограниченной ответственностью «Верона»

РФ, 117437, г. Москва, ул. Профсоюзная, д. 104, эт.1, пом. СХС, ком.22
тел. +7 (499) 229-99-69 info@viterramed.ru <https://viterramed.ru>
ОГРН 1097746528220, ИНН 7716648010, КПП 772801001

Лицензия на мед. деятельность №ЛО41-01137-77/00349305 от 21.05.2020 г.

Запрос о предоставлении оригиналов медицинской документации для ознакомления

Прошу предоставить для ознакомления оригиналы медицинской документации, отражающей состояние здоровья пациента и находящейся в ООО «Верона»:

1	Фамилия, имя и отчество (при наличии) пациента	
2	Фамилия, имя и отчество (при наличии) законного представителя пациента	
3	Адрес места жительства (пребывания) пациента	
4	Реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);	
5	Реквизиты документа, подтверждающего полномочия (при наличии) законного представителя пациента (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа);	
6	Период оказания пациенту медицинской помощи в медицинской организации, за который пациент либо его законный представитель желает ознакомиться с медицинской документацией	с «_____» _____ 20 ____ г. по «_____» _____ 20 ____ г.
7	Почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа	
8	Номер контактного телефона (при наличии)	
9	Дополнительные сведения	

В устной форме мне доведена информация о необходимости аккуратного и бережного обращения с предоставленной для ознакомления медицинской документацией.

Дата составления запроса: «_____» _____ 20 ____ г.

Подпись лица, составившего запрос: _____ (_____).