

Генеральному директору ЗАО АРТ-Клиник
Зеленову О.Г.

от _____

(ФИО пациента или его представителя)

Адрес

Данные документа, удостоверяющего
личность/реквизиты документа на представителя

Телефон _____

**Заявление
на предоставление выписки из медицинских документов**

Прошу Вас предоставить выписку из медицинских документов о прохождении
лечения _____

(Ф.И.О., дата рождения пациента),

за период _____

Даю согласие на обработку моих персональных данных в объеме, необходимом для
предоставления выписки из медицинской документации.

ФИО

/_____
подпись

Заявление зарегистрировано « _____ » _____ 202_ г. Время: _____

Приложение:

1.Копия паспорта.

2.Копия документа, подтверждающего права представителя (для представителя).