

**ФГБУ «ФЦТОЭ»
Минздрава России (г. Смоленск)**

**Запрос о предоставлении
медицинских документов (их копий) и выписок из них**

Сведения о пациенте:	
Фамилия	
Имя	
Отчество	
Дата рождения:	
Реквизиты документа, удостоверяющего личность пациента:	Паспорт гражданина Российской Федерации серия _____ номер _____, выдан _____ _____ г.
Адрес места жительства (места пребывания):	
Почтовый адрес для направления письменного ответа и индекс	
Номер контактного телефона	
Наименования медицинских документов (их копий) или выписок из них, отражающих состояние здоровья пациента, которые он намерен получить и период, за который пациент намерен их получить	
Обоснование необходимости предоставления аналоговых изображений (рентгенограммы) или цифровых изображений на CD-дисках в случае необходимости	
Сведения о способе получения запрашиваемых медицинских документов на бумажном носителе	При личном обращении По почте (нужное подчеркнуть)
Дата подачи запроса	« _____ » _____ 20 _____ г.
Подпись пациента	