



ДОБРЫЙ ДОКТОР

Общество с ограниченной ответственностью "Добрый доктор"

454016, г. Челябинск, ул. Университетская Набережная, 22в

+7 (351) 214-57-56

www.dobdocchel.ru

Директору ООО «Добрый доктор»

От \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

Адрес: \_\_\_\_\_

Телефон: \_\_\_\_\_

Адрес эл. почты: \_\_\_\_\_

### Заявление о выдаче медицинских документов (их копий) и выписок

Я, \_\_\_\_\_,

(Ф.И.О. пациента или его законного представителя)

«\_\_\_» \_\_\_\_\_ года рождения, паспорт серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_,

выдан \_\_\_\_\_,

зарегистрированный по адресу \_\_\_\_\_,

прошу выдать отражающие состояние здоровья

\_\_\_\_\_

(Ф.И.О. пациента, дата рождения)

являющегося пациентом медицинского центра «Добрый доктор», копии следующих медицинских документов (*перечислить*):

\_\_\_\_\_

за период \_\_\_\_\_.

Подпись пациента или законного представителя пациента \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_