**Образец заявления пациента на выдачу документов или копий, выписок из них**

Главному врачу

СПб ГБУЗ "Стоматологическая поликлиника №6"

от         .
Ф. И. О. пациентазарегистрированного(ой) по адресу:        .
паспорт серия №, выдан      , от     ,
период оказания пациенту медицинской помощи         ,

почтовый адрес для направления письменного ответа              ,

e-mail (если есть)        ,
номер контактного телефона (если есть)       .

Заявление.

Прошу выдать мне следующие медицинские документы (их копии) или выписки из них \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

за период\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в бумажном виде или электронно (нужное подчеркнуть).

Подпись Дата