

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____

(Ф.И.О. законный представитель)

Паспорт серия _____ № _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____ код подразделения _____

(паспортные данные)

адрес места регистрации: _____

Контактный телефон: _____

ФИО ребенка, дата рождения (число, месяц, год): _____

В каком году обращались: _____ стационар амбулаторно

Прошу предоставить копию:

эпикриза

истории болезни

гистологического заключения

КТ, МРТ, рентгенограммы

Иное _____

Выбрать один из способов получения запрашиваемых данных

1. Электронная почта _____

Даю свое согласие на получение ответа (письма, медицинской документации) на указанный мною в заявлении адрес электронной почты (только при личном заполнении заявления в ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ»). Также принимаю на себя ответственность за все риски, связанные с несанкционированным доступом к моему почтовому ящику (персональным данным, сведениям, составляющим врачебную тайну) третьим лицам.

2. Почтой России (адрес, индекс) _____

3. Личное получение

«__» _____ 202__ г. _____ / _____ /

(дата)

(подпись заявителя)

(Ф.И.О заявителя)

Указанные документы получил

«__» _____ 202__ г. _____ / _____

(дата)

(Фамилия И.О. заявителя)

(подпись заявителя)