

ЗАЯВЛЕНИЕ

Я, _____
(Ф.И.О. законный представитель, лицо по доверенности, лицо старше 15 лет)

номер доверенности _____

Паспорт: серия _____ № _____ кем выдан _____

_____ дата выдачи _____ код подразделения _____

Почтовый адрес:

индекс _____ населенный пункт _____

улица _____ дом _____ стр. _____ корп. _____ кв. _____

Контактный телефон: _____

Электронная почта: _____

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

Период обращения (месяц, год): _____

- Стационар (отделения) Приемное отделение Травмпункт
 Амбулаторно (КДЦ, ЦАОП)

Прошу предоставить копию:

- Эпикриза (выписка)
 Истории болезни/амбулаторной карты
 Гистологического заключения
 КТ, МРТ, рентгенограммы: заключение диск
 Иное _____

Выбрать один из способов получения запрашиваемых данных:

- Личное получение
 Почтой России

« ____ » _____ 202__ г. _____ / _____ / _____
(дата) (подпись заявителя) (Ф.И.О заявителя)

Я даю согласие на обработку персональных данных в соответствии с [Политикой ГБУЗ «Морозовская ДГКБ ДЗМ» в отношении обработки и защиты персональных данных](#)

Указанные документы получил

« ____ » _____ 202__ г. _____ / _____
(Фамилия И.О. заявителя) (подпись заявителя)