

Директору Чебоксарского филиала ФГАУ «НМИЦ «МНТК
«Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава
России Поздеевой Н.А.
от законного представителя пациента

полностью: фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя

документ, удостоверяющий личность законного представителя:

наименование документа, реквизиты документа: серия, номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

документ, подтверждающий статус законного представителя:

наименование документа, реквизиты документа: серия, номер

сведения о дате выдачи документа и выдавшем его органе

адрес места жительства (пребывания) законного представителя:

индекс, субъект РФ, город,

улица, дом, корпус, квартира

почтовый адрес для направления ответа на заявление:

индекс, субъект РФ, город,

дом, корпус, квартира

контактный телефон:

номер телефона для связи

электронная почта:

адрес электронной почты (при наличии) для связи

**Заявление
о предоставлении законному представителю пациента
медицинских документов (их копий) и выписок из них**

Прошу предоставить мне, законному представителю пациента:

указать полностью: фамилия,

имя, отчество (при наличии) пациента, дата рождения пациента

указать адрес места жительства (пребывания) пациента

медицинские документы, отражающие состояние здоровья пациента:

указать наименование медицинских документов (их копий) и выписок из них

за период: с « » 20 года по « » 20 года.

указать период: дата, месяц, год

Способ получения документов:

указать нужное: лично, по почте

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» даю Чебоксарскому филиалу ФГАУ «НМИЦ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России свое согласие на обработку указанных в настоящем заявлении персональных данных, включая сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных.

дата, месяц, год

подпись

Ф.И.О.

Примечание: при подаче запроса лично, а также при личном получении документов законный представитель пациента предъявляет документ, удостоверяющий личность и документ подтверждающий статус законного представителя.