

**Форма заявления на предоставление копии амбулаторной карты,  
выписки из амбулаторной карты законного представителя гражданина**

Руководителю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование медицинской организации)

от \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (ФИО законного представителя, отношение к гражданину)

Паспорт \_\_\_\_\_ серия (при наличии), номер \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата выдачи, наименование выдавшего органа)

контактный телефон: \_\_\_\_\_

адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу предоставить следующие документы из электронной медицинской карты

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

в отношении гражданина

\_\_\_\_\_ « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.р.  
\_\_\_\_\_ ФИО \_\_\_\_\_ дата рождения

\_\_\_\_\_ (документ, подтверждающий полномочия законного представителя)

за период с « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г. по « \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

Способ получения выписки (нужное подчеркнуть):

4. непосредственно (очно) заявителем либо его законным представителем (при предъявлении паспорта и документа, подтверждающего его статус);
5. почтовым отправлением (Почтой России) \_\_\_\_\_  
(почтовый адрес с индексом)

6. в \_\_\_\_\_ электронной форме на \_\_\_\_\_ адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

Исполнитель получил в работу

Заявитель получил на руки

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (дата)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)

\_\_\_\_\_ (расшифровка подписи)