

Главному врачу ООО «МЭЦ «Комильфо»
Журавлевой Е.В.

от _____
зарегистрированного(ой) по адресу: _____
паспорт серия _____ № _____
выдан _____, от _____
тел.: _____

Заявление

Прошу выдать мне копию моей медицинской карты
_____ за период оказания мне медицинской помощи

в бумажном виде.

Запрашиваемую копию прошу _____

.

(дата)

_____/_____

(подпись)

(ФИО)