

Руководителю \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (наименование медицинского учреждения)

от \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

проживающей/его по адресу: \_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_

Я, \_\_\_\_\_, проходившая/ий лечение в (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (наименование ЛПУ)

в период с «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по «\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.,

прошу Вас в соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» выдать мне на руки копию медицинской карты.

дата

Ф.И.О.

подпись

Копия запрошенной мною медицинской документации получена лично в руки.

дата

Ф.И.О.

подпись