Главному врачу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(наименование медицинской организации)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Ф.И.О. руководителя МО)
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Ф.И.О. гражданина)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(№ полиса ОМС, наименование страховой медицинской организации)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(адрес места жительства)
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(контактная информация: тел. раб., дом., сот., e-mail)
ИНФОРМАЦИЯ О ПРЕДСТАВИТЕЛЕ ГРАЖДАНИНА
(пациента), в том числе законном представителе:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(Ф.И.О. представителя гражданина (пациента))
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
(№ паспорта, документ, подтверждающий полномочия представителя)

**[ЗАЯВЛЕНИЕ](https://blankof.ru/zayavleniye/)**

**[о выдаче медицинских документов](https://blankof.ru/zayavleniye/)**

Прошу Вас на основании статьи 22 Федерального закона РФ №323 от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан РФ» выдать мне копии медицинских документов:
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
 (наименование медицинского документа, например, медицинская карта амбулаторного больного)
касающиеся состояния моего здоровья, за период с «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. по «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г., а также ознакомить меня с их оригиналами.

Напоминаю Вам, что согласно статье 140 Уголовного Кодекса РФ, отказ от предоставления гражданину информации может быть расценен как уголовно наказуемое деяние.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г. Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_