|  |
| --- |
| Заведующему ООО «Медицина рядом»от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О. гражданина) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (адрес места жительства) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документ, удостоверяющий личность: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_серия:\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дата выдачи:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Тел.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Документ, подтверждающий полномочия законного представителя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу Вас на основании п. 4 и п.5 ст. 22 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» выдать мне медицинские документы (их копии), прочие документы, касающиеся оказания медицинских услуг и состояния:

моего здоровья;

здоровья лица, законным представителем которого я являюсь (родители, усыновители, опекуны, органы опеки и попечительства) или действую в его интересах по доверенности (доверенное лицо)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.р.,

за период с «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_г. по «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_ г.

прививочный сертификат;

справка о форме 086/у;

справка по форме 026/у;

карта профилактических прививок по форме 063/у - распечатка данных по вакцинации;

выписка из истории развития по форме Ф-112 (без осмотра ребенка);

протокол осмотра специалиста \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20 \_\_года;

расчетный/платежный документ (копия).

Подписанием настоящего заявления, в целях его исполнения, подтверждаю обработку своих персональных данных, ООО «Медицина рядом» в соответствии с ФЗ от 27.07.2006г. №152-ФЗ «О персональных данных» указанных в настоящем заявлении и его приложениях.

Приложение: копия удостоверения личности пациента

 копия удостоверения личности законного представителя

 копия документа, подтверждающего статус законного представителя

 копия доверенности

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО, подпись)