

Главному врачу
БУ «Нефтеюганская районная больница»
О.Р. Ноговициной

Ф.И.О. _____
Домашний адрес _____
Контактный телефон _____

Заявление

Прошу выдать мне копию (выписку) из медицинской карты амбулаторного
больного на имя

Ф.И.О. число, месяц, год рождения

Домашний адрес: где по какому участку числится пациент

Копия (выписка) необходима для предоставления в страховую компанию
за временной период с _____ по _____

Копии документов прилагаю:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Дата _____

Подпись _____