Приложение № 5
УТВЕРЖДЕНО
приказом Главного врача
ООО «Медицинский центр
Нейродон»
от 08.01.2026 № 13

Образец

Главному врачу ООО «Медицинский центр Нейродон» Николаенко М.В.

_____
фамилия, имя и отчество пациента

_____
(или его законного представителя, или лица. указанного в п.2 Порядка)

_____
проживающего по адресу …….

_____
(реквизиты документа, удостоверяющего личность лица, направившего запрос)

_____
(реквизиты документа, подтверждающего
полномочия законного представителя пациента (при наличии))

Заявление

Прошу вас предоставить мне возможность ознакомиться с медицинскими документами (амбулаторная карта), оформленными на меня при оказании медицинской помощи в вашем учреждении с ….. по ….... 202 года

О принятом решении прошу сообщить по адресу (почтовый (электронный) адрес для направления письменного ответа; номер контактного телефона).

Подпись

Дата