

От (ФИО заявителя) \_\_\_\_\_

По доверенности № \_\_\_\_\_,  
действующего в интересах \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_

Адрес проживания (город, улица, дом, кв.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Адрес для корреспонденции (индекс, город, дом, кв.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Паспортные данные (серия, №, кем и когда выдан):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Контактный телефон, электронная почта:  
\_\_\_\_\_

Способ получения запрашиваемых документов  
**(нужное подчеркнуть):**

- лично; - почта России.

## ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу выдать мне копию выписки из истории болезни // копию посмертного эдикриза // выписку из протокола патологоанатомического исследования // копию истории болезни // протокол операции // акт об имплантации // CD-диск с исследованием / либо заключение на бумажном носителе (МРТ, КТ, МСКТ, рентген, флюорография, УЗИ, коронарография) **(нужное подчеркнуть)**

на пациента \_\_\_\_\_  
(ФИО пациента, дата рождения)

находившегося на лечении в СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница» в отделении

\_\_\_\_\_  
(название отделения)

\_\_\_\_\_  
(год, месяц)

\_\_\_\_\_  
(дата)

\_\_\_\_\_  
(подпись, расшифровка)