

от _____

тел. _____

О выдаче выписки из медицинской карты

за период с _____ по _____

Адрес места жительства _____

Документ, подтверждающий полномочия _____

☐ лично в клинике

☐ по почте, адрес: _____

☐ по электронной почте: _____

« ____ » _____ 20 ____ г. _____ / _____
подпись расшифровка