

ЗАЯВЛЕНИЕ

о предоставлении доступа к ЭМК доверенному лицу

Я, _____ (Ф.И.О. пациента),

паспорт: серия _____ № _____, дата рождения _____,

прошу предоставить доступ к моей ЭМК:

ФИО доверенного: _____

Телефон: +7 (____) ____ - ____ - ____

Основание: _____

Срок: до «____» _____ 20__ г. / бессрочно

Права: ☐ просмотр ☐ уведомления ☐ копии

Подпись пациента: _____

Подпись доверенного: _____ (если требуется)

Приложение: копия паспорта доверенного лица