**Заявление**

**для пациентов на отправку на адрес электронной почты:**

**Я \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Ф.И.О. пациента полностью

**«\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ или № \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 день/месяц/год рождения паспорт номер, серия дата выдачи реквизиты договора

**прошу Вас направить на адрес электронной почты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (указать адрес электронной почты)**

**выбрать нужное:**

* **результат (описание) моего исследования \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

 указать наименование, дату

* **исследование (снимки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;**

 указать наименование, дату

* **копию протокола приема \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

 Ф.И.О врача, специализация, дата приема

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_