



ЗАЯВЛЕНИЕ

Долуподписаният/Долуподписаната:

.....,

ЕГН:.....,

постоянен адрес: гр. (с.), ж.к./кв.,

ул., №, бл., вх., ет., ап.

Настоящ адрес (попълва се, ако е различен от постоянния)

.....

Телефон:

Като пациент на САГБАЛ „Д-р Щерев“ ЕООД - гр. София / МЦ „Репродуктивно здраве“ ООД – гр. София,

Заявявам, че искам да получа следните документи:

.....

.....

.....

Документите да бъдат подготвени във формат:

- ☐ за предоставяне в друго лечебно заведение
- ☐ стандартна документация за личен архив
- ☐ друго, моля, отбележете

Заявявам, че ще получа така заявените от мен документи по следния начин:

/моля, отбележете с отметка желаните от Вас начин за получаване/

- ☐ лично /или чрез упълномощено от мен лице/;
- ☐ чрез куриер, с обратна разписка за моя сметка.

Дата:

Заявител:.....
/три имена и подпис/

Одобрил:.....
/лекар/