

ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - СИЛИСТРА

гр. Силистра ул. Петър Мутафчиев № 80, тел/факс 086/822285; тел.8223 18; e-mail: csmp-silistra@mh.government.bg;
csmpsilistra@gmail.com

Приложение № 1

ДО

Д-Р ЕНЧО ВАСИЛЕВ

ДИРЕКТОР НА ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ ГР.СИЛИСТРА

ГР.СИЛИСТРА,УЛ.ПЕТЪР МУТАФЧИЕВ № 80

ЗАЯВЛЕНИЕ

От.....

(трите имена)

ЕГН: ,адрес по Л.К. гр.....;

ул.....,№

тел.за контакт.....

УВАЖАЕМИ Г-Н ДИРЕКТОР,

Моля, на основание чл. 28б, ал. 1 от Закона за здравето да ми бъде предоставен достъп до медицинските документи, отнасящи се до здравословното ми състояние.

Поради лични причини или други обстоятелства,Ви моля достъп до здравната ми информация да бъде даден на....., за което Ви представям пълномощно, неразделна част от заявлението.

С уважение:.....

Гр.Силистра

Дата:.....