

ЦЕНТЪР ЗА СПЕШНА МЕДИЦИНСКА ПОМОЩ - СИЛИСТРА

гр. Силистра ул. Петър Мутафчиев № 80, тел/факс 086/822285; тел.822318; e-mail: csmp-silistra@mh.government.bg;
csmpsilistra@gmail.com

Приложение № 2

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/бъдат предоставен/и копия от следните медицински документи, отнасящи се до здравословното ми състояние:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

Поради лични причини или други обстоятелства, Ви моля копия от изброените медицински документи, съдържащи здравна информация да бъдат предоставени на.....,за което Ви представям пълномощно, неразделна част от заявлението.

Уведомявам Ви, че исканите документи са за периода от..... до.....г.

С уважение:.....

Гр.Силистра

Дата:.....