Главному врачу ГБУЗ СК «ГДКБ им. Г.К. Филиппского» г. Ставрополя  
Уткиной.Г.Ю

ЗАЯВЛЕНИЕ

На основании статьи 48 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, пункта 1 статьи 5 Федерального закона от 12.01.1996 г. № 8 «О погребении и похоронном деле», приказа Департамента здравоохранения города Москвы от 23.02.1996 г. № 101.  
Я,  
  
(Ф.И.О., паспортные данные, реквизита документа, подтверждающего право представлять интересы умершего) близкий родственник, законный представитель умершего, лицо, взявшее на себя обязанности погребения (нужное подчеркнуть), отказываюсь от проведения патологоанатомического вскрытия умершего  
  
*(место смерти и дата)*  
  
*(Ф.И.О. и возраст умершего)*  
по причине (нужное подчеркнуть):  
— по религиозным мотивам;  
— по иным мотивам, основаниям (указать)

Я информирован о невозможности проведения экспертного анализа в случае сомнений в качестве медицинской помощи при отсутствии патологоанатомического вскрытия.  
Я не имею претензий к медицинскому персоналу  
  
*(наименование ЛПУ)*  
по поводу качества диагностики и лечения.

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200  
*(подпись заявителя, Ф.И.О., дата)*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 200\_\_\_ г.  
*(подпись, Ф.И.О. должностного лица ЛПУ, дата)*