



Medical Examiner's Office
321 University Avenue
Philadelphia, PA 19104

Телефон: (215) 685-7456
Факс: (215) 685-9465
Эл. почта: medicalexaminer@phila.gov

Часы работы:
понедельник — пятница, с 9:00 до 16:30.

Форма запроса архивных данных

Имя умершего: _____ Дата смерти/номер дела _____
(если известно): _____

Имя и фамилия инициатора запроса: _____ Степень родства с покойным: _____

Адрес инициатора запроса: _____

Город: _____ Штат: _____ Почтовый индекс: _____

Телефон (домашний/мобильный): _____ (рабочий): _____

Подпись: _____ Дата: _____

ЗАПРАШИВАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ (отметьте все требуемые пункты)			
	Полное дело (включая отчет о патологоанатомическом вскрытии и токсикологический отчет)		\$50,00
	Отчет о патологоанатомическом вскрытии и токсикологический отчет		\$35,00
	Фотографии		\$5,50 за каждую \$5,50 за компакт-диск
	Гистологические слайды		\$8,00 за каждый
СПОСОБ ОПЛАТЫ (выберите один вариант) (чеки или денежные переводы оформляются на имя «City of Philadelphia»)			
	Чек	№ чека:	Сумма оплаты: \$
	Денежный перевод	№ денежного перевода:	Сумма оплаты: \$
	Система Bill Me		

ЕСЛИ ВЫ НЕ ЯВЛЯЕТЕСЬ БЛИЖАЙШИМ РОДСТВЕННИКОМ, РАЗДЕЛ «РАЗРЕШЕНИЕ» НИЖЕ ДОЛЖЕН БЫТЬ ЗАПОЛНЕН ИЛИ

Если запрос подается адвокатом или организацией, необходимо представить официальное разрешение ближайшего родственника или прислать по почте (или доставить лично) судебную повестку с грифом утверждения Юридического департамента города Филадельфии (Philadelphia Law Department), расположенного по адресу: 1515 Arch Street, Philadelphia, PA 19102.

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ИНФОРМАЦИИ

Я, _____ разрешаю _____
получить любую/всю информацию, относящуюся к данному делу или содержащуюся в нем.

Подпись: _____ Дата: _____