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/№ дела:*(если известно)* _____

Имя инициатора запроса:
_____ Степень родства с умершим: _____

Адрес инициатора запроса: _____ Город: _____

Почтовый индекс:
Штат: _____ _____ Эл. почта: _____

Номер телефона (домашний/мобильный):
_____ (рабочий): _____

Подпись:_____ Дата: _____

| **ЗАПРАШИВАЕМАЯ ИНФОРМАЦИЯ**<br>**(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<br>(фотографии, сделанные до 1996 года, не оцифрованы и не могут быть записаны на компакт-диск) | $10 за каждую<br>$10 за компакт-диск |
| | Гистологические слайды | $8,00 за каждый |

| **СПОСОБ ОПЛАТЫ (отметьте один вариант)**<br>***(чек или денежный перевод на имя «City of Philadelphia»)*** | | | |
|---|---|---|---|
| | Чек | Номер чека: | Сумма оплаты: $ |
| | Денежный перевод | Номер денежного перевода: | Сумма оплаты: $ |
| | Выставить мне счет | | |

***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 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 подписания: _____