



Medical Examiner's Office
400 North Broad Street
Philadelphia, PA 19130

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

Часы работы:
понедельник — пятница, с 8:30 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 (отметьте все требуемые пункты)		
<input type="checkbox"/>	Полное дело (включая отчет о патологоанатомическом вскрытии и токсикологический отчет)	\$50,00
<input type="checkbox"/>	Отчет о патологоанатомическом вскрытии и токсикологический отчет	\$35,00
<input type="checkbox"/>	Гистологические слайды	\$8,00 за каждый
СПОСОБ ОПЛАТЫ (отметьте один вариант) (чек или денежный перевод на имя «City of Philadelphia»)		
<input type="checkbox"/>	Чек	Номер чека: _____ Сумма оплаты: \$ _____
<input type="checkbox"/>	Денежный перевод	Номер денежного перевода: _____ Сумма оплаты: \$ _____
<input type="checkbox"/>	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: _____