

Генеральному директору

от _____
(ФИО, полностью)

Паспорт № _____

Выдан "____" _____

Зарегистрирован по адресу:

полис ОМС _____

серия _____ номер _____

Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. Медицинская организация, к работе которой имеются претензии

2. Существо претензии, даты обращения в медицинскую организацию, диагноз, сроки госпитализации и другие сведения _____

3. Куда и в какие сроки уже обращались с данной претензией: к руководству медицинской организации, в страховую медицинскую организацию, в орган управления здравоохранением, другие инстанции, в т.ч. судебные

Приложения:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

Дата и подпись