Директору АСП ООО «Капитал МС» -
Филиал в
_____

от _____
(ФИО, полностью)
_____
Зарегистрирован по адресу:
_____
полис ОМС: _____
Телефон _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

1. Медицинская организация, к работе которой имеются претензии
_____
2. Существо претензии, даты обращения в медицинскую организацию, диагноз, сроки госпитализации и другие сведения и т.д._____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
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. _____

В соответствии со ст.9 Федерального закона от 27.07.06 г. № 152-ФЗ «О персональных данных» настоящим подтверждаю согласие на обработку своих персональных данных (либо персональных данных представляемого мною лица), в том числе данных составляющих врачебную тайну. Страховая медицинская организация в целях защиты моих интересов, в праве принимать и передавать мои персональные данные в медицинские организации, Территориальный фонд обязательного медицинского страхования, органы прокуратуры, суды с соблюдением требования законодательства о защите персональных данных.

Дата и подпись