

Приложение № 1

(наименование медицинской организации / Минздрав России)

(ФИО, место жительства, телефон)

Жалоба

"__" _____ 20__ г. я обратился (-ась) за медицинской помощью в _____ (наименование медицинской организации). Однако мне было отказано в том, чтобы сделать профилактическую прививку от _____, при следующих обстоятельствах:

_____.

В связи с тем, что я имею вид на жительство и полис ОМС, а данная прививка включена в национальный календарь профилактических прививок (или календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям), отказ в вакцинации нарушает мое право на бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок и календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям, установленное ч. 2 ст. 3, ч. 1 ст. 5 ФЗ от 17.09.1998 N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", ст. 10 ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации".

При этом в соответствии со ст. 11 ФЗ от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" отказ в оказании медицинской помощи в соответствии с программой государственных гарантий бесплатного оказания медицинской помощи не допускается.

На основании ст. 16 ФЗ от 29.11.2010 N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" прошу:

1. Предоставить достоверную информацию об условиях вакцинации от _____ в _____ (наименование медицинской организации).
2. Провести проверку по данному факту нарушения законодательства в _____ (наименование медицинской организации).
3. Обязать _____ (наименование медицинской организации) устранить данное нарушение.

_____ "___" _____ 20__ г.

(подпись)