Приложение № 1

(наименование медицинской организации / Минздрав России)
(ФИО, место жительства, телефон)
Жалоба
"" 20г. 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 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 Ф3 от 21.11.2011 N 323-Ф3 "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.
(подпись)