

ПРЕТЕНЗИЯ
о ненадлежащем оказании медицинской услуги

Главному врачу ГБУ РО "КДЦ "Здоровье" в г.Ростове-на-Дону
Абояну И.А.

от _____,
(Ф.И.О. заявителя полностью)
проживающего (ей) по адресу: _____

конт. Телефон (адрес эл. почты): _____

«___»_____ 20___ г. я обратился (-ась) в Вашу организацию за оказанием
медицинской услуги: _____.
(указать вид услуги, платная она или ок)

Медицинскую услугу оказывал работник Вашей организации

(указать должность и Ф.И.О. сотрудника)

Оказанные мне медицинские услуги я считаю выполненными ненадлежащим
образом по следующим основаниям:

(изложить суть претензии)

На основании изложенного прошу:

(изложить суть требования)

Приложение (при наличии):

1. _____ – на ___ л.
2. _____ – на ___ л.
3. _____ – на ___ л.

(перечислить все приложенные документы с пометкой «(оригинал)» или «(копия)», указать количество страниц)

(личная подпись) (фамилия, инициалы заявителя)

«___»_____ 20___ г.