

Директору филиала ООО «Капитал  
МС» \_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_  
(ФИО, полностью)

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 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