Городской департамент (управление) здравоохранения города \_\_\_\_\_наименование\_\_\_\_\_,
директору департамента, г-ну \_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_

Копия: Городской фонд медицинского страхования города \_\_\_\_\_\_наименование\_\_\_\_\_\_,
директору ГФОМСа, г-ну \_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_

Городская больница № \_\_\_ гор.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Главному врачу больницы, г-ну \_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_

от кого   от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.),
проживающего по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (с индексом)
мобильный телефон: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЖАЛОБА
на врача  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ФИО или его должность, отделение и дата/время его общения с вами)

(Обстоятельства жалобы)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. (Дата, время, суть проблемы, в чем конкретно  нарушены ваши права)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Заключение «Прошу вас разобраться в данном случае и принять меры воздействия к доктору\_\_\_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_. Кроме того, прошу предоставить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дополнительное обследование, направление к другому врачу, компенсацию за медикаменты и т.п.) «.

Подпись

Подпись и расшифровка
Дата

Приложение (копия медицинской карты, выписка, квитанции об оплате услуг или лекарственных препаратов).