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

Копия: Городской фонд медицинского страхования города \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,
директору ТФОМСа, г-ну \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

   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. Не пытайтесь излагать своими словами сугубо медицинские детали.  Можно привести ссылки на Конституцию и законы РФ, которые в вашем случае были нарушены.

Прошу вас разобраться в данном случае и принять меры воздействия к доктору\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Кроме того, прошу предоставить мне \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дополнительное обследование, направление к другому врачу, компенсацию за медикаменты и т.п.)

**Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Приложение:**

Перечень прилагаемых документов: количество (\*) на \*\* листах.