

КУДА: _____
(полное наименование органа
или организации, куда пишется жалоба)

ОТ КОГО: _____
(ваши ФИО, контактные данные)

ЖАЛОБА НА ОТКАЗ В ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

« ____ » _____ 2012 года я пришел (меня привезли) в _____ с целью получения экстренной медицинской помощи. Однако администратором (врачом, мед.сестрой) мне было отказано в медицинской помощи по причине _____ (отсутствия полиса, паспорта, свидетельства пенсионного страхования, отказа оплатить расходные материалы и пр.). Считаю, что сотрудником Вашей организации нарушено мое право на бесплатное и безотлагательное получение экстренной медицинской помощи. Отказ в оказании медицинской помощи согласно ч.2 ст. 11 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» недопустим.

Прошу разобраться в ситуации и сообщить мне в письменной форме о принятом решении.

Дата.

Подпись.