КУДА:

(полное наименование органа

или организации, куда пишется жалоба)

ОТ КОГО:

(ваши ФИО, контактные данные)

ЖАЛОБА

**НА ОТКАЗ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

(в государственной или муниципальной больнице)

**« »** 2023 года я пришел в

с целью получения медицинской помощи. Однако администратором (врачом,

медсестрой) 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 получение медицинской помощи. Отказ в оказании медицинской помощи согласно 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.