Генеральному директору ООО «СМК «Крыммедстрах» /

Директору Севастопольского филиала ООО «СМК «Крыммедстрах»

|  |  |
| --- | --- |
| от |  |
|  | (фамилия, имя, отчество (если есть)) |
|  |  |
|  | (наименование и реквизиты документа, удостоверяющего личность) |
|  |  |
|  | (номер полиса ОМС) |
| адрес: |  |
|  |  |
| телефон: |  |

*Изложить суть обращения; указать наименование медицинской организации, к которой имеются претензии; если обращение подается в отношении третьего лица, указать данные этого лица (ФИО, документ, удостоверяющий личность, № полиса ОМС) и реквизиты документа, подтверждающего права представителя*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Прилагаю *(перечислить прилагаемые документы (их копии)):*

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата* |  | *Подпись* |

|  |
| --- |
| Подтверждаю, что в соответствии с Федеральным законом от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных» (Далее -Закон), даю свое согласие на обработку (совершение действий, предусмотренных п. 3 ст. 3 Закона) предоставленных мною своих персональных данных, а также персональных данных представляемого мною лица, при осуществлении обязательного медицинского страхования в соответствии Федеральным законом от 29.11.2010 N 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», в том числе при осуществлении защиты прав и законных интересов в сфере обязательного медицинского страхования. Согласен на досудебное урегулирование. |
|  |  |  |
| *Дата* |  | *Подпись* |