Руководителю Территориального органа федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения по [*наименование субъекта РФ*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

 ОБРАЩЕНИЕ

[*Дата обращения*] я обратился(лась) в регистратуру [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*], к которой я прикреплен(а), для получения направления на переосвидетельствование в МСЭ по сроку и по месту фактического проживания, но мне было отказано в связи с тем, что я зарегистрирован(а) в другом регионе. Я страдаю заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], имею [*1, 2, 3*] группу инвалидности с [*дата освидетельствования, подтвердившего инвалидность*].

[*Дата*] я был(а) на приеме у [*должность, фамилия и инициалы представителя администрации поликлиники*], где мне отказали в обеспечение меня направлением на МСЭ, ссылаясь на отсутствие у меня временной регистрации по месту фактического проживания. Таким образом, мне было отказано в медицинской помощи. [*Дата регистрации обращения*] я зарегистрировал(а) письменное обращение в адрес администрации [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] с описанием ситуации и просьбой предоставить мне медицинские услуги, связанные с подготовкой направительных документов на МСЭ. В ответе на мое обращение [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*] мне было отказано в направлении на МСЭ (см. Приложение 2).

Прошу содействовать предоставлению мне медицинских услуг по подготовке к освидетельствованию в МСЭ по месту фактического проживания.

Приложения

1. Копия справки об инвалидности.

2. Копия ответа [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*] на обращение от [*дата регистрации обращения*]

Дата: Подпись