Руководителю территориального органа РЗН по [*название области, края, республики*]

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

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

Обращение

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*]. Врачебная комиссия поликлиники признала у меня наличие показаний к ВМП. Документы были отправлены в [*название* *медицинской организации, оказывающей ВМП, куда были направлены документы*].

Принимающая медицинская организация отказала мне в ВМП по причине [*причина отказа, зафиксированная в протоколе*] (см. Приложение).

С решением врачебной комиссии я не согласен(сна). Прошу вас проверить правильность принятого в [*название* *медицинской организации, оказывающей ВМП, куда были направлены документы*] решения об отказе мне в ВМП.

Приложение

Копия протокола врачебной комиссии [*название* *медицинской организации, оказывающей ВМП, куда были направлены документы*]

Дата: Подпись: