Главному врачу

[*название поликлиники*]

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*].

Прошу Вас обеспечить меня медицинскими услугами, необходимыми для проведения медико-социальной экспертизы в рамках базовой программы ОМС по месту фактического проживания.

Дата: Подпись: