

Директору Федерального бюджетного учреждения  
Центр реабилитации Фонда пенсионного и социального страхования  
Российской Федерации «Волгоград» Черняевой Н.А.  
400079, г. Волгоград, ул. Санаторная, 29  
(от) Пациента/ законного представителя пациента:  
\_\_\_\_\_ (ФИО)  
\_\_\_\_\_ (номер контактного телефона)

Жалоба (претензия)

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. (при наличии) пациента/ законного представителя пациента)

\_\_\_\_\_ (документ, удостоверяющий личность (номер и серия, дата выдачи, наименование выдавшего органа))

\_\_\_\_\_ (место регистрации)

*\*Блок заполняется законным представителем*

действующий(ая) от имени и в интересах \_\_\_\_\_  
(Ф. И. О. (при наличии) пациента, год рождения)

\_\_\_\_\_ (место жительства (пребывания) пациента)

на основании \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_,  
(указать наименование и реквизиты документа (номер и серия (при наличии), дата выдачи, наименование выдавшего органа) подтверждающего полномочия законного представителя пациента)

Настоящим выражаю свое недовольство по следующему вопросу: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (указать какие права пациента нарушены)

прошу \_\_\_\_\_  
(способ устранения нарушения)

Письменный ответ направить по адресу: \_\_\_\_\_  
(почтовый индекс, адрес для направления ответа, либо электронная почта)

Приложения:

Дата \_\_\_\_\_ (подпись) \_\_\_\_\_ (ФИО)