

Отзыв/предложение № \_\_\_ от \_\_\_\_\_

1	ФИО заявителя, год рождения:	
2	*ФИО пациента, год рождения (в случае подачи отзыва либо предложения его законного представителя):	
3	*Документ на основании, которого действует законный представитель (дата, номер, выдавший орган):	
4	Текст отзыва/предложения:	
5	Контактный телефон:	
6	Дата обращения:	
7	Подпись:	

На поданный мною отзыв/предложение ответ прошу:

предоставить по адресу \_\_\_\_\_ (указать адрес)  
не предоставлять \_\_\_\_\_ (дата, подпись)

*ФБУ Центр реабилитации СФР «Волгоград», благодарит Вас за заполнение настоящей формы и выражения своей позиции касательно работы учреждения.*

*Изложенная информация будет обработана в установленном порядке и учтена в дальнейшей работе учреждения.*

---

(должность, ФИО, подпись ответственного лица)

---

(отметка об ознакомлении с изложенной информации ответственным лицом учреждения (дата ознакомления))

(утв. приказом ФБУ Центр реабилитации СФР «Волгоград» № 27 от 12.01.2023г. «Об утверждении Положения о порядке рассмотрения обращений граждан»)