

И.о. генерального директора
АО «Чувашская МСК»
Е.А. Федоровой

от _____
(Ф.И.О. (при наличии), дата рождения)

(реквизиты документа, удостоверяющего личность)

(место жительства)

(номер полиса обязательного медицинского страхования
(при подачи заявления самим застрахованным лицом))

(реквизиты документа, подтверждающего полномочия
законного представителя застрахованного лица, в случае
если заявление подается таким лицом)

**Заявление
о предоставлении результатов контроля объемов, сроков, качества и условий
предоставления застрахованному лицу медицинской помощи
(далее – заявление об информировании)**

Прошу предоставить в отношении

_____ ,
(Ф.И.О. (при наличии) в отношении которого подается заявление об информировании, дата рождения

_____ ,
(реквизиты документа , удостоверяющего личность застрахованного лица (свидетельства о рождении для
несовершеннолетнего, не достигшего возраста 14 лет)

_____ сведения о выявленных нарушениях
(номер полиса обязательного медицинского страхования)
при оказании медицинской помощи за период _____ .
(указать период)

Сведения по заявлению об информировании прошу направить

_____ .
(указать способ получения сведений: по телефону, электронной почте, почтовому адресу, при личном приеме)

« ____ » _____ 20__ г. _____ / _____ /
(подпись) (расшифровка подписи)