

**БЛАНК  
(ЖАЛОБА НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)**

Между мною и Вашей организацией был заключен договор от «\_\_\_»\_\_\_\_\_г. № \_\_\_ на предоставление платных медицинских услуг.

Обязательства по договору были исполнены ненадлежащим образом, а именно

---

---

---

---

(перечислить).

На основании Закона РФ "О защите прав потребителей", Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, прошу:

---

---

---

---

---

---

Ответ на данный запрос прошу направить по адресу: \_\_\_\_\_

---

---

---

(указать почтовый адрес, электронный адрес и номер телефона для связи)

Дата составления сообщения: \_\_\_\_\_

Подпись пациента, законного представителя: \_\_\_\_\_