

**Директору  
ООО МСО «Панацея» д.м.н., профессору  
В.В. Эстрину**  
Сведения о заявителе:

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя отчество (при наличии), дата рождения)

\_\_\_\_\_ (реквизиты документа, удостоверяющего личность)

\_\_\_\_\_ (место жительства)

\_\_\_\_\_ (номер полиса ОМС (при направлении заявления в отношении себя))

\_\_\_\_\_ (реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя застрахованного лица)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

### Заявление

об индивидуальном информировании о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи

Прошу предоставить информацию о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (фамилия, имя отчество (при наличии), в отношении кого подается заявление об информировании, дата рождения)

\_\_\_\_\_ (реквизиты документа, удостоверяющего личность застрахованного лица)

\_\_\_\_\_ (свидетельства о рождении для несовершеннолетнего, не достигшего возраста 14 лет))

\_\_\_\_\_ (номер полиса ОМС)

\_\_\_\_\_ (контактный телефон)

за период с \_\_\_\_\_ ПО \_\_\_\_\_ ,  
(число/месяц/год) (число/месяц/год)

наименование медицинской организации (указать, если необходимо):

Способ получения сведений (нужное подчеркнуть):  
*по телефону, по электронной почте, по почтовому адресу,*

\_\_\_\_\_ (почтовый индекс, субъект РФ, город, улица, № дома, № квартиры, электронный адрес)

*лично в офисе ООО МСО «Панацея» (при наличии документа, удостоверяющего личность).*

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

\_\_\_\_\_ /  
(подпись)

\_\_\_\_\_ /  
(расшифровка подписи)

Приложение: \_\_\_\_\_

(Для представителя застрахованного лица: доверенность, оформленная в простой письменной форме в соответствии со ст. ст. 185, 185.1 ГК РФ с указанием полномочий представителя застрахованного лица на получение индивидуального информирования, в том числе его право на доступ к персональным данным застрахованного лица и к сведениям об обращениях застрахованного лица за медицинской помощью, составляющих врачебную тайну).