В (наименование страховой компании)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От (ФИО заявителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер полиса ОМС\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление о нарушении сроков оказания медицинской помощи**

**«**\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_2021 года мне в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации) выдали направление на прохождение УЗИ-обследование органов малого таза (укажите тип направления) в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(наименование медицинской организации, в которую выдали направление).

УЗИ-диагностика была назначена на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(укажите дату обследования), что превышает максимальный срок ожидания медицинской помощи, указанный в разделе 8 Постановления Правительства РФ от 28.12.2020 №2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов» и территориальной программы государственных гарантий\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(укажите регион).

На основании вышеизложенного прошу провести проверку и привлечь ответственных лиц к ответственности за допущенные нарушения. О результатах прошу сообщить по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(укажите контактные данные).

Приложения:

Копия полиса ОМС.

Копия направления, выданного медицинской организацией.

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_