Государственное учреждение

«Территориальный фонд обязательного

медицинского страхования

Волгоградской области»

**ЗАЯВЛЕНИЕ  
об индивидуальном информировании о выявленных нарушениях**

**при оказании медицинской помощи в соответствии с территориальной**

**программой обязательного медицинского страхования**

Прошу предоставить информацию о результатах контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, а также ее финансового обеспечения

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Сведения о лице, направляющем заявление** | | |
| фамилия, имя, отчество (*при наличии*) |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| дата рождения  реквизиты документа, удостоверяющего личность |  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  |  | |
| место жительства |  | |
| номер полиса обязательного медицинского страхования (*при направлении заявления об информировании в отношении себя*) |  | |
| реквизиты документа, подтверждающего полномочия законного представителя застрахованного лица |  | |
|  | | |
| **Сведения о лице, в отношении которого подается заявление об информировании**  (*в случае если заявление об информировании подается законным представителем застрахованного лица указываются сведения о несовершеннолетнем или подопечном*): | | |
| фамилия, имя, отчество (*при наличии*) | |  |
|  | |  |
|  | |  |
| дата рождения | |  |
| реквизиты документа, удостоверяющего личность застрахованного лица (*свидетельства о рождении для несовершеннолетнего, не достигшего возраста 14 лет*) | |  |
| номер полиса обязательного медицинского страхования | |  |
| период, за который предоставляются сведения  о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи | |  |
| способ получения сведений по заявлению об информировании (*по телефону, электронной почте, почтовому адресу, при личном приеме*) | |  |
|  | | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись заявителя \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |