**Приложение 2 к СОП 2-5-52**

**Главному врачу Филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области в городе Рошаль, Воскресенском, Егорьевском, Шатурском районах»**

**Савельевой Наталье Борисовне**

**Заявление о претензии (жалобе или апелляции)**

(нужное подчеркнуть)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Сведения о предъявляющем претензию** | | | | | | | | | | | |
| ФИО/организация: |  | | | | | | | | | | |
| Адрес с указанием почтового индекса: | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Телефон/факс: | | | | | |  | | | | | |
| Электронная почта: |  | | | | | | | | | | |
| ФИО и полномочия лица, действующего от имени, предъявляющего жалобу: | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **2. Сведения об услуге** | | | | | | | | | | |  | |
| Регистрационный номер | | | | | | | | | | |  | |
| Дата оказания услуги | |  | | | | | | | | | |
| Дата возникновения жалобы: | | | |  | | | | | | | |
| **3. Суть жалобы (претензии)** | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Дополнительные сведения (пожелания по решению жалобы): | | | | | | | | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Перечень прилагаемых документов: | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_ г. | | | | | | | | Подпись /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ | | | |

Регистрационный номер в Журнале регистрации жалоб \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_