**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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_