|  |  |
| --- | --- |
|  | **ТФОМС Ростовской области**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| ***Заявление об информировании*** |
| *о выявленных нарушениях при оказании им медицинской помощи в соответствии с территориальной программой обязательного медицинского страхования по результатам проведения контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию застрахованным лицам, 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |