

Генеральному директору ГК «Забайкалмедстрах»

Шелеховой Н.В.

от \_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

дата рождения: \_\_\_\_\_

наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_

место жительства: \_\_\_\_\_

контактный телефон: \_\_\_\_\_

номер полиса ОМС: \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

наименование и реквизиты документа, подтверждающего полномочия представителя  
(в том числе законного представителя) застрахованного лица:  
\_\_\_\_\_<sup>2</sup>

### ЗАЯВЛЕНИЕ

#### о предоставлении результатов контроля<sup>3</sup>

Прошу предоставить сведения о результатах контроля объёмов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, сведения о выявленных нарушениях при оказании медицинской помощи в медицинских организациях Забайкальского края в отношении застрахованного лица

\_\_\_\_\_

фамилия, имя, отчество (при наличии)

за период оказания медицинской помощи с \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. по  
\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

#### Сведения о вышеуказанном застрахованном лице, в отношении которого подается заявление:

дата рождения: \_\_\_\_\_,

наименование документа, удостоверяющего личность: \_\_\_\_\_

серия: \_\_\_\_\_ номер: \_\_\_\_\_, дата выдачи: \_\_\_\_\_

номер полиса ОМС: \_\_\_\_\_,

#### Способ получения сведений по заявлению:

Сведения прошу предоставить (по телефону, электронной почте, почтовому адресу, при личном приёме – нужное указать):

\_\_\_\_\_

(способ предоставления информации)

\_\_\_\_\_

(номер телефона / адрес электронной почты / почтовый адрес)

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г. \_\_\_\_\_

(подпись) (фамилия, И.О.)

<sup>1</sup> Заполняется в случае составления заявления о предоставлении результатов контроля в отношении себя.

<sup>2</sup> Заполняется в случае составления заявления представителем (в том числе законным представителем) застрахованного лица.

<sup>3</sup> При заполнении заявления исправления не допускаются.