Руководителю Территориального органа

федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

по [*наименование субъекта РФ*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*]. Мне была рекомендована ВМП. Со слов [*должность, фамилия и инициалы представителя администрации*] направление с комплектом документов [*дата*] было направлено в [*наименование органа управления здравоохранением региона*].

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 2 октября 2019 г. №824н «Об утверждении Порядка организации оказания высокотехнологичной медицинской помощи с применением единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения» срок подготовки решения Комиссии органа управления здравоохранением региона о подтверждении наличия или об отсутствии медицинских показаний для направления пациента в медицинские организации, для оказания ВМП не должен превышать десяти рабочих дней со дня поступления в ОУЗ комплекта документов.

Срок подготовки решения (10 рабочих дней) истек, но решение Комиссии я не получил(а). Прошу вас содействовать получению решения комиссии органа управления здравоохранения по назначении мне ВМП.

Дата: Подпись: