Главному врачу

[*название поликлиники*]

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

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*]. В медицинском центре [*название центра*] [*дата получения рекомендации*] врач [*фамилия и инициалы врача-консультанта*] рекомендовал мне ВМП. [*Дата приема у лечащего врача*] мой лечащий врач [*фамилия и инициалы лечащего врача*] отказался(лась) признать наличие у меня показаний к получению высокотехнологичной медицинской помощи.

Прошу Вас назначить врачебную комиссию и рассмотреть вопрос о наличии у меня показаний к высокотехнологичной медицинской помощи.

Дата: Подпись: