г. Санкт-Петербург, ул. Жукова, д. 3 лит А
www.aristomed.ru; medcenter@aristomed.ru
+7(812)443-86-59

БЛАНК
(ЖАЛОБА НА ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ)

Между мною и Вашей организацией был заключен договор от «___»_____г. № _____ на предоставление платных медицинских услуг. Обязательства по договору были исполнены ненадлежащим образом, а именно

_____
_____
_____
____ _____
(перечислить).
На основании Закона РФ "О защите прав потребителей", Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, прошу:

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Ответ на данный запрос прошу направить по адресу: _____
_____
_____
_____
(указать почтовый адрес, электронный адрес и номер телефона для связи)

Дата составления сообщения: _____

Подпись пациента, законного представителя: _____