| 1 | ФИО: |  |
| --- | --- | --- |
| 2 | email: |  |
| 3 | Номер телефона |  |
| 4 | Дата рождения: |  |
| 5 | Пол: |  |
| 6 | Полный адрес: |  |
| 7 | Номер ОМС и наименование страховой компании: |  |
| 9 | Район: |  |
| 10 | Социальный статус: |  |
| Содержание обращения: | | |

Устное обращение в отдел Управления клинико-экспертной работы и контроля качества медицинской помощи