Главному врачу

ГБУЗ РБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

пациента Ф.И.О., дата рождения,

адрес регистрации, контактн. тел.

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

\_\_.\_\_.\_\_\_\_ я обращался(-лась) за медицинской помощью в ГБУЗ РБ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ по поводу болезни (плохого самочувствия) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . Медицинская помощь мне была оказана. Впоследствии я был(-а) госпитализирован(-а) в ГБУЗ РБ \_\_\_\_\_\_\_ (либо наблюдался(-ась) в поликлинике \_\_\_\_\_\_\_\_), мне выставлен диагноз \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Анализ на коронавирусную инфекцию показал положительный результат.

На данный момент мне стало известно, что медицинские работники Вашего учреждения не получили положенных доплат за оказание мне как пациенту с коронавирусной инфекцией медицинской помощи.

Прошу рассмотреть данный вопрос и устранить возникшую несправедливость.

В целях оказания содействия в получении медицинскими работниками положенных выплат даю свое согласие в рамках Федерального закона «О персональных данных» на обработку моих персональных данных, включая информацию о моей личности, фактах обращения за медицинской помощью и выставленных диагнозах, и предоставление полученных сведений представителям медицинских работников и соответствующим органам и организациям.

\_\_.\_\_.\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_