

Приложение 2.

Образец бланка «Вопрос министру»

Бланк «Вопрос министру»

Название медицинского учреждения: _____

1.Ф.И.О. _____

2.Дата рождения: _____

3.Тел.: _____

4.Номер ЕНП/Страхового полиса: _____

5.Адрес места жительства: _____

6.Вы удовлетворены оказанными услугами в этой медицинской организации?

Да Нет

7.Вы удовлетворены компетентностью медицинских работников этой медицинской организации?

Да Нет

8. Вы удовлетворены условиями пребывания в медицинской организации?

Да Нет

Заполняя настоящую форму, в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», я подтверждаю свое согласие на обработку вносимых в форму моих персональных данных _____

(подпись)

Обращение:
