# Претензия о некачественном оказании платной медицинской услуги

Между [**наименование медицинской организации**] и [**Ф. И. О.**] [**число, месяц, год**] был заключен договор № [**вписать нужное**] на оказание платной медицинской услуги [**указать вид медицинской услуги**].

Стоимость данной медицинской услуги в размере [**сумма цифрами и прописью**] руб. была мною оплачена полностью [**число, месяц, год**], что подтверждается кассовым чеком.

[**число, месяц, год**] в соответствии с п. [**вписать нужное**] договора работником вашей организации [**Ф. И. О., должность**] мне была оказана медицинская услуга [**указать вид медицинской услуги**].

Указанное обстоятельство подтверждается справкой [**наименование медицинской организации**] от [**число, месяц, год**] № [**вписать нужное**] об оказании медицинской услуги [**указать вид медицинской услуги**] и выпиской из медицинской карты амбулаторного больного вашей организации от [**число, месяц, год**].

[**число, месяц, год**] мое самочувствие ухудшилось, [**описать подробно**], я начал[**вписать нужное**] испытывать сильную боль в области [**вписать нужное**]. Состояние моего здоровья не улучшилось и после [**значение**] дней приема [**указать название лекарственных препаратов**].

[**число, месяц, год**] я обратился [**вписать нужное**] за медицинской помощью в другое медицинское учреждение (организацию) - [**наименование медицинского учреждения, организации**], где мне [**например, сообщили об ухудшении моего здоровья, поставили другой диагноз, прописали иные лекарственные средства и т. д.**], что подтверждается справкой данного медицинского учреждения (организации) от [**число, месяц, год**] № [**вписать нужное**]. Таким образом, именно в результате некачественного проведения работником вашей медицинской организации [**например, обследования, процедуры, операции и т. д.**] моему здоровью был причинен вред.

Согласно ст. 7 Закона РФ «О защите прав потребителей» потребитель имеет право на то, чтобы оказываемые ему услуги были безопасны для жизни и здоровья. Однако ваша медицинская организация оказала мне медицинскую услугу некачественно, вследствие чего моему здоровью был причинен вред.

В соответствии со ст. 1095, 1101 Гражданского кодекса Российской Федерации; ст. 7, 15 Закона РФ «О защите прав потребителей»; п. 31, 32 Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями, утвержденных Постановлением Правительства от 04.10.2012 № 1006, **прошу:**

**1.** Добровольно выплатить мне денежную сумму в размере [**цифрами и прописью**] руб. в счет компенсации причиненного вреда моему здоровью.

**2.** Добровольно выплатить компенсацию за причиненный моральный вред в сумме [**цифрами и прописью**] руб.

Денежную сумму [**цифрами и прописью**] руб. прошу перечислить на мой банковской счет № [**вписать нужное**] в банке [**указать реквизиты банка**].

Ответ прошу мне дать в письменном виде в течение [**значение**] дней с момента отправки данной претензии. В случае полного или частичного отказа в удовлетворении претензии в указанный срок я буду вынужден[**вписать нужное**] обратиться с иском в суд.

[**число, месяц, год**]                                                                                                                     [**подпись**] [**Ф. И. О.**]

Приложения:

1. Копия договора от [**число, месяц, год**] № [**вписать нужное**] на оказание платной медицинской услуги [**вписать нужное**].

2. Копия кассового чека от [**число, месяц, год**].

3. Копия справки от [**число, месяц, год**] об оказании медицинской услуги [**вписать нужное**].

4. Выписка из карты амбулаторного больного от [**число, месяц, год**].

5. Копия справки от [**число, месяц, год**].