

.....
(miejsowość, data)

Od: Jan Nowak

.....

00-000

(adres osoby wnoszącej skargę)

Do: Rzecznik Praw Pacjenta

Biuro Rzecznika Praw Pacjenta

Młynarska 46

01-171 Warszawa

SKARGA

NA DZIAŁALNOŚĆ PODMIOTU LECZNICZEGO

Działając w imieniu własnym wnoszę skargę na działalność..... (wpisać nazwę szpitala lub gabinetu lekarskiego) polegającą na..... (opisać czynność lub zaniechanie, które jest przedmiotem skargi, np. odmowę rejestracji, odmowę wykonania badania)

Uzasadnienie

.....
.....
.....

(opisać czego sprawa dotyczy, jakie prawa zostały naruszone, opisać kiedy miało miejsce zdarzenie, ewentualnie wskazać sygnaturę innego postępowania)

.....
podpis