**ОБРАЗЕЦ ЗАЯВЛЕНИЯ**

|  |
| --- |
| Председателю Комиссии  по рассмотрению вопросов, связанных с нарушением медицинской этики и  деонтологии  Портненковой О.В.  Ф.И.О.заявителя  Адрес  Телефон |

заявление.

В заявлении указать: дату, адрес вызова (или ФИО медицинского работника), факты и обстоятельства, при которых произошло нарушение медицинской этики и деонтологии.

Дата, подпись