

Вх.№.....

ДО
ТЕЛК
БУЛ. „АКАД ИВАН ЕВСТР. ГЕШОВ“ № 15
ГР. СОФИЯ

ЧРЕЗ
РКМЕ-РЗИ-СЛИВЕН

ЖАЛБА

от

ЕГН.....
(попълват се трите имена и ЕГН на родител)

Майка/баща на.....

ЕГН.....
(попълват се трите имена и ЕГН на дете)

адрес: гр./с., ул./кв.....

общ....., обл.....

тел. за връзка:....., e-mail:.....
(попълват се всички данни)

УВАЖАЕМИ/А Г-Н/Г-ЖО ПРЕДСЕДАТЕЛ,

На основание чл. 112, ал. 1, т. 3 от Закона за здравето, съответно чл. 63, ал. 1, т. 3 от ПУОРОМЕРКМЕ, в законоустановения 14-дневен срок от датата на получаването му, обжалвам пред Вас, Експертно решение №/..... на ТЕЛК общи заболявания към „МБАЛ д-р Иван Селимински – Сливен“ АД гр. Сливен.

Мотиви:.....
.....
.....
.....
.....

Моля, да разгледате и се произнесете по обжалваното решение.

С уважение,
(подпис)

.....20..... година
(дата)