Руководителю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
(наименование медицинской организации, адрес)   
от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,   
(Ф.И.О. заявителя)   
проживающего (ей) по адресу: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ПРЕТЕНЗИЯ   
о компенсации вреда за некачественное оказание медицинской услуги**

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. я обратилась в Вашу организацию за оказанием платной медицинской услуги (указать вид услуги)

Между мною и Вашей организацией был заключен договор № от «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_г. Медицинскую услугу выполнял работник Вашей организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Указанное обстоятельство подтверждается медицинской картой больного № \_\_\_\_\_. Факт заключения между мной и Вашей организацией договора на оказание медицинской услуги подтверждается квитанцией от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. на сумму \_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

В соответствии со ст. 7 Закона РФ «О защите прав потребителей» потребитель имеет право на то, чтобы услуги были безопасны для его здоровья. Однако в результате проведенного лечения моему здоровью был причинен вред: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.   
(указать, в чем конкретно выразился вред, причиненный здоровью)

Данное обстоятельство подтверждается:   
- справкой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_   
(наименование медицинского учреждения)   
от «\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. о том, что мне была оказана медицинская помощь по \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;   
(указать характер медицинской помощи)   
- выпиской из медицинской карты амбулаторного больного медицинского учреждения.

В результате некачественной медицинской услуги моему здоровью был причинен вред, я испытала физические и нравственные страдания. (Описать свое самочувствие, упомянуть об эмоциональном стрессе, перечислить все неудобства, которые были вызваны некачественным оказанием медицинской помощи.)

Согласно ст. 14 Закона РФ «О защите прав потребителей», вред, причиненный здоровью потребителя вследствие недостатков услуги, подлежит возмещению в полном объеме.

В соответствии со ст. 15 Закона РФ «О защите прав потребителей», моральный вред, причиненный потребителю вследствие нарушения исполнителем его прав, предусмотренных законодательством о защите прав потребителей, подлежит возмещению причинителем вреда при наличии его вины.

Перенесенные мною физические и нравственные страдания я оцениваю в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.   
На основании изложенного, руководствуясь статьями 7, 14, 15 Закона РФ «О защите прав потребителей»,   
  
**ПРОШУ:**  
  
Добровольно возместить вред, причиненный моему здоровью, а также выплатить мне компенсацию морального вреда в сумме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) рублей.

Ответ прошу дать в письменном виде в течение 14 дней с момента получения настоящей претензии.   
  
**Приложение:**  
1. Копии квитанций об оплате оказанной медицинской услуги.   
2. Документы, подтверждающие нанесение вреда здоровью.   
3. Расчет суммы претензии.   
  
**Дата Подпись**