Директору Территориального фонда обязательного медицинского страхования Красноярского края
Козаченко Сергею Витальевичу
От

_____

Фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина.

Проживающего по адресу:

_____

_____

_____

(Почтовый индекс, населенный пункт, улица, дом, квартира.
На данный адрес будет выслан ответ)

ЖАЛОБА / ЗАЯВЛЕНИЕ / ПРЕДЛОЖЕНИЕ

(нужное подчеркнуть)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

Подпись **Дата**

Примечание: В случае необходимости гражданин прилагает к письменному обращению документы и материалы либо их копии в подтверждение своих доводов.