**医疗纠纷调解申请书（医方）**

**医方当事人基本情况：**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **医疗单位名称** |  | | **地址** |  | |
| **法定代表人姓名** |  | **职务** |  | **电话** |  |
| **委托代理人姓名** |  | **职务** |  |  |

申请调解的纠纷事实：

申请调解的争议要点及理由：

申请调解的赔偿金额：

**特申请鄂尔多斯市医疗纠纷人民调解委员会予以调解。**

申请人、单位（盖章）：

申请日期：年 月 日