

Главному врачу (наименование учреждения)  
(ФИО главного врача)  
(адрес медицинской организации)

От: (ФИО)  
(дата рождения)  
адрес: \_\_\_\_\_  
телефон: \_\_\_\_\_

### Заявление

Я, (ФИО), прикреплен (-а) к (наименование медицинской организации) для оказания мне медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий.

Имею \_\_\_\_\_ группу инвалидности согласно справке серии \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_ от \_\_\_\_\_.

Моим лечащим врачом является (ФИО врача).

В соответствии со статьей 6.2 Федерального закона от 17 июля 1999 г. № 178-ФЗ “О государственной социальной помощи в Российской Федерации” я имею право на обеспечение в соответствии со стандартами медицинской помощи необходимыми лекарственными препаратами для медицинского применения в объеме не менее, чем это предусмотрено перечнем жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, сформированным в соответствии с Федеральным законом от 12 апреля 2010 г. № 61-ФЗ “Об обращении лекарственных средств”, по рецептам на лекарственные препараты, медицинскими изделиями по рецептам на медицинские изделия, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов.

В связи с наличием у меня подтвержденного заболевания (наименование заболевания согласно медицинским документам) мне назначен лекарственный препарат (наименование препарата). С целью получения рецепта на данный препарат я обратился (-ась) к своему лечащему врачу, однако он отказал в выдаче рецепта.

На основании вышеизложенного, прошу Вас принять необходимые меры, направленные на выдачу мне рецепта на лекарственный препарат (наименование препарата), имеющийся в перечне ЖНВЛП.

Ответ на данное обращение прошу предоставить в установленный законом срок (30 календарных дней).

“ \_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 202\_\_ г.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_