Главному врачу

[*название поликлиники*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я являюсь [*родителем / законным представителем*] пациента [*фамилия, имя и отчество в родительном падеже*] (см. Приложение 1), который(ая) наблюдается в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] у лечащего врача *[фамилия и инициалы врача*]. Пациент страдает заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], имеет рекомендацию от [*наименование врача-специалиста*] на получение лекарственного препарата [*наименование препарата*] (см. Приложение 2) и получает этот лекарственный препарат по льготному рецепту как [*название льготной категории*].

[*Дата*] [*фамилия и инициалы пациента]* был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) отказался(лась) выписать льготный рецепт на [*название лекарственного препарата*] для лечения [*диагноз*], ссылаясь на отсутствие лекарственного препарата в аптеке.

Прошу обеспечить пациента [*фамилия и инициалы пациента*] лекарственным препаратом для лечения [*диагноз*] как [*название льготной категории граждан*].

Приложения

1. Копия свидетельства о рождении [*пациента*] / Копия [*документа, подтверждающего полномочия законного представителя*].
2. Копия рекомендации на получение лекарственного препарата.

Дата: Подпись: