Руководителю Территориального органа

федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения

по [*наименование субъекта РФ*]

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*]. Пациенту на данный момент менее 3-х лет.

[*Дата*] [*фамилия и инициалы пациента]* был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) назначила для лечения [*диагноз*] лекарственный препарат [*наименование*], но не выписал(а) льготный рецепт на [*название лекарственного препарата*] для лечения [*диагноз*].

[*Дата регистрации обращения*] я зарегистрировал(а) письменное обращение в адрес администрации [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] с описанием ситуации и просьбой обеспечить пациента [*фамилия и инициалы пациента*] как ребенка младше 3-х лет лекарственным препаратом для лечения [*диагноз*]. В ответе на мое обращение [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*], отказал(а) пациенту в обеспечении лекарственным препаратом (см. Приложение 2).

Я был(а) вынужден(а) покупать лекарственный препарат [*наименование препарата*] за свой счет для продолжения лечения.

Прошу содействовать обеспечению пациента [*фамилия и инициалы пациента]* препаратами для лечения как ребенка младше 3-х лет.

Приложения

1. Копия рекомендации на получение лекарственного препарата.
2. Копия ответа [*фамилия и инициалы, должность должностного лица, подписавшего ответ на обращение*] на обращение от [*дата регистрации обращения*].

Дата: Подпись: