Главному врачу ГБУЗ «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»

\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО главврача)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_(адрес учреждения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

От \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

проживающего/ей по адресу \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Тел. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, представляю по доверенности \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_г. интересы \_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_ г.р., инвалида 1 группы с детства, который/ая страдает комплексом тяжелых заболеваний (или указать диагноз), является носителем трахео- и гастростомы (или находится на зондовом питании, находится дома на ИВЛ/НИВЛ- указать нужное) и нуждается в оказании паллиативной медицинской помощи.

По жизненным показаниям \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_ постоянно нуждается в применении медицинских изделий. Согласно части 4 статьи 36 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", при оказании паллиативной медицинской помощи пациенту предоставляются для использования на дому медицинские изделия, предназначенные для поддержания функций органов и систем организма человека. Перечень таких медицинских изделий утвержден приказом Министерства здравоохранения РФ от 31 мая 2019 г. N 348н "Об утверждении перечня медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека, предоставляемых для использования на дому". Необходимые моему доверителю медицинские изделия в данном перечне присутствуют.

Я уже обращался/ась в Министерство здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_(регион)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, на что мне ответили (копию ответа прилагаю), что обеспечение будет проводится ГБУЗ «\_\_\_\_\_название учреждения\_\_\_\_\_».

В связи с вышеизложенным прошу Вас принять меры для обеспечения \_\_\_\_\_\_\_(ФИО пациента)\_\_\_\_\_\_\_\_ жизненно необходимым медицинским оборудованием и медицинскими изделиями согласно прилагаемому списку ( \_\_ наименований). Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменной форме на указанный адрес и по электронной почте в установленный законом срок.

Приложение:

1. Копия ответа Министерства здравоохранения \_\_\_\_(регион)\_\_\_\_ - \_\_ стр.
2. Список медицинского оборудования и медицинских изделий- \_\_ стр.

«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2019 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ФИО\_\_\_\_\_\_\_/