Главному врачу

 (название лечебного учреждения) (ФИО главврача)

 (адрес лечебного учреждения)

От (ФИО законного представителя)

(в интересах дочери/сына

 (ФИО ребенка, дата рождения)

 . . г.р., ребенка-инвалида), проживающего/ей по адресу:

 (адрес проживания)

Телефон: + 7

E-mail:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Я, (ФИО законного представителя) , отец/мать ребенка– инвалида (ФИО ребенка, дата рождения)\_. . г.р., с диагнозом:

 .

В соответствии с пунктом 18 Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации (утв. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5 мая 2012 г. N 502н), прошу выдать мне на руки выписку из протокола решения врачебной комиссии по вопросу льготного обеспечения моего сына лекарственными препаратами

 от г.

« » 2019 г. /ФИО/

1