Главному врачу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_(название лечебного учреждения)\_\_\_\_\_\_\_

 (ФИО главврача)

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

От \_\_\_\_\_\_(ФИО законного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_

(в интересах дочери/сына \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_(ФИО ребенка)\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_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)\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_.\_\_.\_\_\_\_\_\_\_ г.р., который наблюдается в возглавляемом Вами медицинском учреждении с диагнозом: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Прошу организовать рассмотрение врачебной комиссией во вверенном Вам медицинском учреждении вопроса о необходимости индивидуального применения моему ребенку по жизненным показаниям лекарственного препарата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, не зарегистрированного на территории Российской Федерации, в связи с отсутствием альтернативных препаратов, зарегистрированных в Российской Федерации, способных купировать тягостные симптомы заболевания моего ребенка. Прошу также вынести на рассмотрение ВК вопроса о схеме лечения, в том числе, не зарегистрированными на территории Российской Федерации препаратами. 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. Прошу также направить выписку из протокола ВК в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(орган исполнительной власти субъекта РФ, осуществляющий полномочия в сфере здравоохранения)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для организации консилиума врачей в федеральной медицинской организации для принятия решения о назначении моему ребенку не зарегистрированных в Российской Федерации лекарственных препаратов.

Ответ на данное обращение прошу предоставить в письменном виде на указанный адрес и по электронной почте.

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2019 г. \_\_\_\_\_(подпись)\_\_\_\_/ФИО законного представителя/