|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Главному врачу | | | | |  | |
|  | | | | | *(наименование медучреждения)* | |
|  | | | | | | |
| *(ФИО главного врача)* | | | | | | |
| Адрес: | | |  | | | |
|  | | | *(адрес медучреждения)* | | | |
| От | |  | | | | |
|  | *(ФИО законного представителя)* | | | | | |
| (в интересах сына / дочери | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(ФИО ребенка)* | | | | | | |
| «     »             г.р., | | | | | | |
| *(дата рождения ребенка)* | | | | | | |
| ребенка-инвалида), проживающего/ей по адресу: | | | | | | |
|  | | | | | | |
| *(адрес заявителя)* | | | | | | |
| Тел.: +7 | | | | (     ) | |  |
| e-mail: | | | |  | | |

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Я, |  | | | , |
|  | *(ФИО законного представителя)* | | |  |
| являюсь отцом/матерью ребенка-инвалида | | | | |
|  | | , | «     »             г. р., | |
| *(ФИО ребенка)* | |  | *(дата рождения ребенка)* | |
| который наблюдается в возглавляемом Вами медицинском учреждении с диагнозом: | | | | |
|  | | | | . |
| *(указать диагноз)* | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Прошу организовать рассмотрение врачебной комиссией во вверенном Вам медицинском учреждении вопроса о необходимости индивидуального применения моему ребенку по | | | |
| жизненным показаниям лекарственного препарата | |  | , |
|  | | *(название 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. | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| «     »       20      г. |  | / |  | / |
|  | *(подпись)* | | *(ФИО законного представителя)* | |