|  |  |
| --- | --- |
| 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)* |