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

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

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

(наименование медицинской организации)

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

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

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

Номер медицинской карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон домашний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон мобильный: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление N \_\_\_\_\_\_**

**с просьбой о предоставлении компенсации для приобретения лекарственных препаратов, назначаемых по жизненным показаниям и при индивидуальной непереносимости/ лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, назначаемых по категории заболевания "диабет", взамен обеспечения ими**

     Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) гражданина)

проживающий по адресу:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

являюсь законным представителем (родителем, опекуном, попечителем) ребенка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) ребенка)

Прошу в рамках расширения возможностей реализации права на получение мер социальной поддержки по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями взамен получения назначенного бесплатного лекарственного препарата, медицинского изделия или приобретения назначенного лекарственного препарата с 50-процентной скидкой перечислить мне:

Компенсационную выплату на приобретение лекарственного препарата, назначенного  по  жизненным  показаниям  и   (или)   при   индивидуальной непереносимости.

Компенсационную выплату на приобретение лекарственного препарата, назначенного по категории заболевания "диабет".

Компенсационную выплату на приобретение медицинского изделия, назначенного по категории заболевания "диабет".

     Я проинформирован(а) о факте отсутствия на день обращения к лечащему врачу  за  получением  рецепта  на   лекарственный   препарат/медицинское изделие:

Назначенного мне по жизненным показаниям и   (или)   при   индивидуальной непереносимости лекарственного препарата, в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения города Москвы "Центр  лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы".

Назначенного мне по категории заболевания «диабет» лекарственного препарата в аптечных пунктах (структурных подразделениях Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы"),  осуществляющих отпуск лекарственных препаратов бесплатно или со скидкой и  обслуживающих медицинскую организацию, к которой прикреплен гражданин.

Назначенного мне по категории заболевания «диабет» медицинского изделия в аптечных пунктах  (структурных  подразделениях Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Центр лекарственного обеспечения Департамента здравоохранения города Москвы"),  осуществляющих отпуск  медицинских  изделий  бесплатно   и   обслуживающих   медицинскую организацию, к которой прикреплен гражданин.

     Я проинформирован(а) о порядке, условиях и  правилах  предоставления компенсационной  выплаты  на   приобретение   лекарственного   препарата, медицинского изделия, денежной  сумме,  которая  будет   предоставлена на приобретение  одной  упаковки  лекарственного   препарата/одной   единицы медицинского изделия, количестве упаковок лекарственного препарата/единиц медицинского  изделия,  правилах  формирования  цены  на  одну   упаковку лекарственного препарата/одну  единицу   медицинского   изделия,   сроках перечисления мне компенсационной выплаты на  приобретение  лекарственного препарата/медицинского изделия.

     Я понимаю, что в случае подписания мной данного Заявления на  период курса лечения, указанный в рецепте на лекарственный препарат, медицинское изделие, лекарственный препарат бесплатно или с 50-процентной скидкой  (в том числе по иному торговому наименованию)/медицинское изделие  бесплатно мне предоставляться не будет.

     Мне разъяснено, что в случае незаполнения мной в настоящем Заявлении сведений о реквизитах кредитной организации, счета, открытого в кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо  непредставления выписки  из  кредитной  организации  о  реквизитах  счета   я   обязан(а) обратиться  в  медицинскую  организацию  на  стойку  регистрации  либо  в структурное   подразделение,    осуществляющее    организацию    оказания медицинских услуг на платной основе,  с  документом,  удостоверяющим  мою личность, экземпляром  настоящего  Заявления  и  представить   сведения о реквизитах   кредитной   организации,   счета,   открытого    в кредитной организации, или  банковского счета  социальной  карты  либо   выписку из кредитной организации о реквизитах счета.

     Мне разъяснено, что настоящее Заявление действует на  курс  лечения, указанный в рецепте на лекарственный препарат/медицинское изделие.

     Я даю согласие на обработку моих персональных данных в  соответствии с законодательством Российской Федерации в области  персональных  данных. Порядок отзыва согласия на обработку персональных данных мне известен.

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

Заполняется лечащим врачом:

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

(наименование лекарственного препарата, лекарственная форма, дозировка, фасовка/наименование медицинского изделия)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (руб.)

(цена одной упаковки лекарственного препарата/цена одной единицы медицинского изделия, цифрами и прописью)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (уп.)

(количество упаковок лекарственного препарата/единиц медицинского изделия)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (дней)

(период проведения курса лечения)

Дата "\_\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) лечащего врача)

Заполняется гражданином:

 Я ознакомлен(а) с информацией о цене одной упаковки лекарственного препарата и количестве упаковок лекарственного препарата.

 Я ознакомлен(а) с информацией о цене одной единицы медицинского изделия и количестве единиц медицинского изделия.

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

Заполняется гражданином:

Сведения для перечисления компенсационной  выплаты  на  приобретение лекарственного препарата/медицинского изделия:

 Сообщаю сведения о реквизитах счета:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование кредитной организации |  |
| БИК кредитной организации |  |
| ИНН кредитной организации |  |
| КПП кредитной организации |  |
| Номер счета, открытый в кредитной организации |  |

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

Сведения о реквизитах счета представляю в выписке из кредитной организации о реквизитах счета.

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

Заявление принято:

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) лечащего варча)

М.П.

Приложение к Заявлению N \_\_\_\_\_\_ \*

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

(фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

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

Телефон домашний: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон мобильный: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес проживания: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сведения для перечисления компенсационной  выплаты  на  приобретение лекарственного препарата/медицинского изделия:

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование кредитной организации |  |
| БИК кредитной организации |  |
| ИНН кредитной организации |  |
| КПП кредитной организации |  |
| Номер счета, открытый в кредитной организации |  |

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

Сведения о реквизитах счета представляю в выписке из кредитной организации о реквизитах счета.

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

Я даю согласие на обработку моих персональных данных в  соответствии с законодательством Российской Федерации в области персональных данных.

     Порядок  отзыва  согласия  на  обработку  персональных    данных мне известен.

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

                       (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии)

Заявление принято:

Дата "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Подпись \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

  (фамилия, имя, отчество (отчество - при наличии) работника медицинской организации)

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

\* Заполняется в случае незаполнения на приеме у лечащего врача в Заявлении сведений о реквизитах кредитной организации, счета, открытого в кредитной организации, или банковского счета социальной карты либо непредставления на приеме у лечащего врача выписки из кредитной организации о реквизитах счета.