

Міністерство охорони здоров'я України

Адреса: _____

Копія:

(назва органу, який відмовив)

Адреса: _____

Від _____ (ваши П.І.Б.)

Адреса: _____

(ваша поштова адреса проживання)

Тел: +38 _____

ел.адреса: _____ (за наявності)

З А Я В А

Прошу надати роз'яснення щодо застосування норм чинного законодавства, на які посилається [назва органу] у своєму листі від _____.202_ р. №__, відмовляючи мені _____ П.І.Б. (моєї дитині _____ П.І.Б. дитини) як особі з рідкісним захворюванням легенева гіпертензія у безоплатному забезпеченні необхідними лікарськими засобами: _____ (назва ліків).

Враховуючи позицію, викладену у вищевказаному листі, прошу також надати роз'яснення, яким чином у цій ситуації може бути забезпечене моє право (право моєї дитини) на безперебійне і безоплатне забезпечення лікарськими засобами відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 р. № 160.

Прошу розглянути в пріоритетному порядку, з урахуванням тяжкості захворювання, та надати відповідь у встановлений законодавством термін на поштову і електронну адреси _____@_____ (за наявності).

Додатки *:

1. Лист-звернення на [назва органу, до якого ви звертались за забезпеченням ліками] від _____.202_ р. - копія.
2. Лист-відповідь [назва органу, який відмовив у забезпеченні ліками] від _____.202_ р. №__ - копія
3. Медичний висновок з призначеними ліками – копія.

«__» _____ 202_ р.

_____/_____
підпис П.І.Б.

=====

* До заяви треба додати копії вашого листування з місцевими/обласними органами щодо забезпечення ліками/лікувальним харчуванням.