

Директору КНП «_____»
назва вашого медичного закладу
_____(П.І.Б. директора)
Адреса: _____

Від _____(П.І.Б.)
Адреса: _____
(ваша поштова адреса проживання)
Тел: +38_____

ел.адреса: _____(за наявності)

З А Я В А

Я, _____(П.І.Б.), маю встановлену інвалідність ____ (вказати I або II) групи, прошу забезпечити мене пільговим відпуском лікарських засобів: _____(назва ліків), в необхідній на період амбулаторного лікування кількості, відповідно до ст.38 Закону України “Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні” та в порядку, передбаченому Постановою Кабінету Міністрів України від 17.08.1998р. №1303.

Вказаними нормативно-правовими актами встановлено, що особи з інвалідністю I і II груп мають право на оплату 50 % вартості лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування, які зареєстровані в Україні в установленому порядку та включені до галузевих стандартів у сфері охорони здоров’я.

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

Додатки :

1. Посвідчення особи, що підтверджує призначення державної соціальної допомоги - копія.
2. Медичний висновок з призначенням та дозою лікарських засобів – копія.

«___» _____ 202_р.

_____/_____
підпис П.І.Б.