gerb9_43434

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(ОБЛЗДРАВ)

**ПРИКАЗ**

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Волгоград

Об утверждении формы заявления об отказе от приобретения лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата

Во исполнение Федерального закона от 30 декабря 2020 г. № 491-ФЗ "О приобретении отдельных видов товаров, работ, услуг с использованием электронного сертификата", постановления Администрации Волгоградской области от 10 марта 2025 г. № 129-п "Об утверждении Порядка подачи гражданами заявления на приобретение назначенных по рецепту лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата"

п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить форму заявления об отказе от приобретения лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата согласно приложению к настоящему приказу.

2. Контроль исполнения настоящего приказа возложить   
на заместителя председателя комитета здравоохранения Волгоградской области Бутенко М.А.

Председатель комитета А.И.Себелев

Скоркин Игорь Вадимович

(8442) 30-99-69

ПРИЛОЖЕНИЕ

к приказу комитета

здравоохранения

Волгоградской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_

Форма заявления об отказе от приобретения лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата

Председателю комитета

здравоохранения

Волгоградской области

А.И.Себелеву

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или фамилия, имя, отчество (при наличии) законного представителя гражданина)

Заявление

об отказе от приобретения лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, а также специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата

Гражданин\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

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

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

(почтовый адрес регистрации гражданина по месту жительства или по месту пребывания указывается полностью)

страховой номер индивидуального лицевого счета гражданина в системе обязательного пенсионного страхования (СНИЛС)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер полиса обязательного медицинского страхования\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

абонентский номер гражданина (его законного представителя), выделенный оператором подвижной радиотелефонной связи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

номер национального платежного инструмента гражданина (его законного или уполномоченного представителя)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

(указывается номер платежной карты "Мир")

Отказываюсь от приобретения:

- лекарственных препаратов по рецепту на лекарственные препараты для медицинского применения с использованием электронного сертификата,

- медицинских изделий по рецепту на медицинские изделия с использованием электронного сертификата,

- специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов с использованием электронного сертификата,

(нужное подчеркнуть)

по номеру рецепта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

"\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(подпись)