gerb9_43434

КОМИТЕТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

(ОБЛЗДРАВ)

**ПРИКАЗ**

№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Волгоград

Об утверждении формы заявления на приобретение назначенных по рецепту лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, 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 на приобретение назначенных по рецепту лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, 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 на приобретение назначенных по рецепту лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, 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

на приобретение назначенных по рецепту лекарственных препаратов для медицинского применения, медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного питания для детей-инвалидов

с использованием электронного сертификата

Прошу предоставить меры социальной поддержки в виде 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)

Гражданину:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

проживающему 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")

номер рецепта\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

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

(подпись)