

Директору КНП «\_\_\_\_\_»  
*назва вашого медичного закладу*  
\_\_\_\_\_ (П.І.Б. директора)

Адреса: \_\_\_\_\_

Від \_\_\_\_\_ (П.І.Б. одного з батьків)

Адреса: \_\_\_\_\_

*(ваша поштова адреса проживання)*

Тел: +38 \_\_\_\_\_

ел.адреса: \_\_\_\_\_ *(за наявності)*

### З А Я В А

Прошу забезпечити для моєї дитини \_\_\_\_\_ (П.І.Б.),  
20\_\_ року народження, яка має встановлену інвалідність, безоплатний відпуск 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 діти з інвалідністю мають право на безплатне придбання 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, з урахуванням тяжкості захворювання моєї дитини, та надати відповідь у встановлений законодавством термін на поштову і електронну адреси \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ *(за наявності)*.

Додатки :

1. Посвідчення особи, яка одержує державну соціальну допомогу - копія.
2. Медичний висновок з призначенням та дозою лікарських засобів – копія.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_\_р.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
*підпис* *П.І.Б.*