

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

Адреса: \_\_\_\_\_

Копія:

Директору Департаменту охорони здоров'я \_\_\_\_\_ кої  
обласної державної адміністрації\*

\_\_\_\_\_(П.І.Б. директора)

Адреса: \_\_\_\_\_

Від \_\_\_\_\_(ваші П.І.Б.)

Адреса: \_\_\_\_\_

(ваша поштова адреса проживання)

Тел: +38\_\_\_\_\_

ел.адреса: \_\_\_\_\_(за наявності)

### З А Я В А

Я, \_\_\_\_\_ (П.І.Б.), маю рідкісний діагноз  
\_\_\_\_\_(назва діагнозу), прошу забезпечити мене безоплатним відпуском  
лікарських засобів: \_\_\_\_\_(назва ліків), в необхідній на період  
амбулаторного лікування кількості, в порядку, передбаченому Постановою Кабінету Міністрів  
України від 17.08.1998р. №1303.

Відповідно до вказаної Постанови, моє захворювання відноситься до категорій  
захворювань, у разі амбулаторного лікування яких лікарські засоби відпускаються безоплатно.

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

У разі відмови у безоплатному відпуску прошу негайно передати інформацію про мою  
потребу у зазначених ліках до обласного ДООЗ для вжиття заходів щодо безперервного та  
безоплатного забезпечення мене цими ліками відповідно до Постанови КМУ від 31.03.2015 р.  
№160. Також прошу надіслати мені підтвердження у вигляді копії документа, яким було передано  
цю інформацію.

Додатки : Медичний висновок з призначенням лікуванням рідкісного захворювання, назвою  
і дозою лікарських засобів – копія.

«\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_р.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
підпис П.І.Б.

=====  
\*Довідково: Для м.Києва – Департамент охорони здоров'я КМДА.

В деяких областях замість Департаментів - Управління охорони здоров'я.