

Директору
КНП «Чорноморський міський
центр первинної медико-санітарної
допомоги» Чорноморської міської
ради Одеського району Одеської
області
Ользі Волковій

(ПІБ заявника)

(місце проживання)

(телефон)

ЗАЯВА

**про взяття на облік особи, яка підлягає безоплатному відпуску
лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного лікування
окремих груп населення та за певними категоріями захворювань**

Прошу Вас забезпечити мене безкоштовно ліками для лікування
захворювання, яке визначене постановою Кабінету Міністрів України від
17.08.1998 року №1303 «Про впорядкування безоплатного та пільгового
відпуску лікарських засобів за рецептами лікарів у разі амбулаторного
лікування окремих груп населення та за певними категоріями захворювань»:

(вказати назву лікарського засобу, дозу із розрахунку на прийом, потребу із розрахунку на місяць)

Встановлений діагноз: _____

До заяви додаються такі документи (відмітити):

1. Копія паспорта або свідоцтва про народження.
2. Копія РНОКПП
3. Витяг про реєстрацію місця проживання
4. Довідка ВПО
5. Консультаційний висновок профільного спеціаліста (форма 028/о) або копія виписки зі стаціонару.
6. Довідка ЛКК про потребу у вищезазначених лікарських засобах.
7. Копія паспорта та РНОКПП законного представника.
8. Копія документа, що підтверджує статус законного представника.

Я погоджуюсь з використанням та обробкою моїх персональних даних відповідно до вимог Закону України «Про захист персональних даних».

«__» _____ 20__ року

(підпис заявника)