

Кому
От кого (ваши ФИО, адрес, телефон)

Заявление

01.01.01 г. по рецепту _____ № _____ моему ребенку-инвалиду _____ был выдан специализированный продукт лечебного питания _____ на срок с **01.01.01** г. по **02.02.02** г. Однако, согласно сведениям на упаковке, срок годности данного продукта истекает **01.01.02** г. Следовательно, начиная с **01.01.02** г. мой ребенок не обеспечен данным продуктом.

Прошу обеспечить данным специализированным продуктом лечебного питания моего ребенка-инвалида с **01.01.02** г..

Дата. Подпись. Расшифровка