Руководителю аптечного пункта

 адрес: г.

От: ФИО

Проживающей по адресу:

тел:

эл.почта:

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

 Я, ФИО, являюсь инвалидом по заболеванию, и нахожусь на обслуживании в ГБУ\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Мне установлены диагнозы: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(выписка из истории болезни прилагается).

 Врачом ГБУЗ поликлиники № \_\_\_\_ мне были выписаны рецепты на \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .... (рецепт серия ... № 000000000), отпускаемых по рецептам врача (фельдшера) при оказании дополнительной бесплатной медицинской помощи отдельным категориям граждан, имеющим право на получение государственной социальной помощи.

00.00.2019 года рецепт был предъявлен в аптеку №\_\_\_ по адресу город \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,  ул. \_д.\_ **Государственное унитарное предприятие «\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_»**. По настоящее время назначенные лекарственные средства/медицинские изделия в аптеке мне выданы не были.

 Согласно п. 19 Порядка предоставления набора социальных услуг отдельным категориям граждан (Утвержден Приказ Минтруда России N 929н, Минздрава России N 1345н от 21.12.2020) **в случае временного отсутствия лекарственных средств, необходимых гражданину, аптечное учреждение организует в течение 10 рабочих дней с даты обращения его отсроченное обслуживание.**

 **В случае отсутствия в аптеке (пункте отпуска) на момент обращения пациента требуемого лекарственного средства, рецепт принимается на обеспечение, регистрируется в специальном журнале, т.н. "Неудовлетворенного спроса", после чего аптека (пункт отпуска) формирует заявку и представляет ее в письменном виде в уполномоченную фармацевтическую организацию, осуществляющую свою деятельность в регионе.**

На основании вышеизложенного, руководствуясь положениями ста­тей Федерального закона РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» в части приоритета интересов пациента при оказании медицинской помощи,

**ПРОШУ:**

1. Провести проверку на предмет соблюдения законодательства об отпуске лекарственных средств и медицинских изделий и поставить рецепт на отсроченное обслуживание.

2. Провести необходимые меры по пресечению нарушений правовых норм, регламентирующих порядок обслуживания рецептурных бланков.

3. Принять все необходимые меры для обслуживания рецептурных бланков для дальнейшего бесперебойного обеспечения медицинскими изделиями ФИО.

4. Направить ответы на данное обращение в письменной форме в мой адрес и по электронной почте в кратчайший срок.

 Приложения:

1.

Копия рецепта

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2019 года \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ФИО.