

В [Прокуратуру _____

_____ (указать регион)

Адрес местонахождения:

От: _____

_____ (ФИО, дата рождения)

Адрес регистрации: _____

**Жалоба
на отказ в предоставлении лекарственного препарата**

Я _____, _____ рожд., являюсь
(ФИО) (дата рождения)

инвалидом _____ группы по заболеванию _____

_____. Врачебной комиссией мне назначен лекарственный

препарат _____ по жизненным

(наименование)

показаниям.

Однако Министерством здравоохранения _____

_____ в предоставлении лекарственного

(указать регион)

препарата _____ было отказано,

(наименование)

на основании _____.

(указать причину)

На основании части 5 статьи 37 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ пациенту по жизненным показаниям предоставляется лекарственный препарат.

Статья 16 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья относит установление мер социальной поддержки по организации оказания медицинской помощи лицам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и по организации обеспечения указанных лиц лекарственными препаратами. Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 г. N 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» злокачественные новообразования отнесены к социально значимым заболеваниям.

Лекарственный препарат _____ назначен мне
(наименование)

по жизненным показаниям и согласно действующему законодательству должен быть предоставлен мне по жизненным показаниям. Неполучение препарата в короткий срок повлечет прогрессирование заболевания и наступление неблагоприятных последствий для жизни (летальный исход).

На основании вышеизложенного, **прошу:**

Принять меры к обеспечению меня Министерством здравоохранения _____ препаратом _____
(указать регион)

_____ на весь курс рекомендованного лечения,
(наименование)

за счет средств регионального бюджета.

Приложение:

1. _____
2. _____
3. _____

Дата _____ Подпись _____