**В Прокуратуру**……………………………………………..

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

(наименование учреждения)

**Адрес:**……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………. (адрес учреждения)

**Прокурору**…………………………………………………….

………………………………………………………………………….

**Ф.И.О.**……………………………………………………………

…………………………………………………………………………

(ФИО уполномоченного лица)

**От**……………………………………………………………………..

………………………………………………………………………….

(ФИО заявителя)

**Адрес:**……………………………………………………………...

………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………….

(адрес заявителя)

**Уважаемый \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_!**

Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, имею редкое (орфанное) врожденное заболевание - Дефект в системе комплимента (наследственный ангионевротический отек), код по МКБ-10 D84.1, включенное в перечень жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни гражданина или его инвалидности, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 26 апреля 2012 г. № 403.

На основании медицинских выписок, медицинских заключений, выписок из медицинской документации, консультационных заключений и/или решением врачебной комиссии \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_\_\_ от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ г. мне назначены лекарственные препараты:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Рецепт на получение лекарственных препаратов выписан/не выписан.

Подчеркнуть нужный вариант

Выписывать рецепты и выдавать лекарственные препараты медицинские организации обязаны! Отказ в выдаче рецептов и препаратов по ним противоречит действующему законодательству (Приказ Минздрава России от 24.11.2021 № 1094н "Об утверждении Порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты»; Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 года N 1093н).

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ г. я обратился/обратилась в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

для получения лекарственных препаратов, но лекарственные препараты мне не предоставлены.

Своим отказом в предоставлении лекарственных препаратов представители аптечной организации ставят под угрозу мою жизнь и здоровье, а также ограничивают ряд моих Конституционных прав.

На основании изложенного и в интересах защиты моих прав, прошу принять меры прокурорского реагирования, в том числе обратиться в суд с требованиями об обеспечении меня необходимыми лекарственными препаратами.

«……….» ………………………………. …………………. г.

………………………………………………………… /………………………………………………….. /

(ФИО) (Подпись)