**Раздел 1. «Общие сведения о государственной (муниципальной) услуге»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
|  | Наименование органа, предоставляющего услугу | В части предоставления информации по лекарственному обеспечению - Министерство здравоохранения Свердловской области |
|  | Номер услуги в федеральномреестре | 6600000010000018517 |
|  | Полное наименование услуги | Прием заявлений, постановке на учет и предоставлению информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг |
|  | Краткое наименование услуги | Прием заявлений, постановке на учет и предоставлению информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг |
|  | Административныйрегламент предоставленияуслуги  | Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 29.06.2012 № 726-п |
|  | Перечень «подуслуг» | нет |
|  | Способы оценки качества пре-доставления услуги | другие способы - контроль за качеством исполнения государственной функции включает в себя проведение проверок, выявление и устранение нарушений прав граждан, рассмотрение, принятие решений и подготовку ответов на обращения граждан, содержащие жалобы на принятые решения, действия (бездействие) должностных лиц, осуществляющих предоставление государственной услуги |

**Раздел 2. «Общие сведения о услуге»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование «услуги»** | предоставление информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг  |
|  | *Срок предоставления в зависимости от условий* |
| 1.1. | При подаче заявления по месту жительства (месту нахождения юр. Лица) | 31 день с момента регистрации заявления и документов в Министерстве, в том числе поступивших из МФЦ |
| 1.2. | При подаче заявления не по месту жительства (по месту обращения)  | - |
|  | Основания отказа в приеме документов | нет |
|  | Основания отказа в предоставлении услуги | Основаниями для отказа в предоставлении государственной услуги, в части предоставления информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг являются:1. в заявлении не указаны фамилия гражданина, направившего заявление, и почтовый адрес либо адрес электронной почты, по которому должен быть направлен ответ;
2. в заявлении содержатся нецензурные либо оскорбительные выражения, угрозы жизни, здоровью и имуществу сотрудников Министерства, а также членов их семьей;
3. текст заявления не поддается прочтению;
4. в заявлении отсутствуют необходимые для подготовки ответа данные;
5. жалоба либо просьба, указанная в заявлении, не относится к государственной услуге в части предоставления информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг.
 |
|  | Основания приостановления предоставления услуги | нет |
|  | Срок приостановления предоставления услуги | - |
|  | *Плата за предоставление услуги* |
| 6.1. | Наличие платы (государственной пошлины) | нет |
| 6.2. | Реквизиты нормативного правового акта, являющегося основанием для взимания платы (государственной пошлины) | - |
| 6.3. | КБК для взимания платы (государственнойпошлины), в том числе через МФЦ | - |
|  | Способ обращения за получением услуги | 1. Обращение с заявлением:
2. направление заявления и прилагаемых документов на бумажном носителе почтой либо доставить лично в канцелярию Министерства здравоохранения Свердловской области;
3. направление заявления в Министерство здравоохранения Свердловской области в форме электронного документа, подписанного электронной подписью;
4. Личное обращение с заявлением через МФЦ.
5. Обращение по телефону на «Горячую линию» Министерства здравоохранения Свердловской области;
6. Обращение на Единый портал государственных услуг.
 |
| 8. | Способ получения результата услуги | по почте на бумажном носителе, по электронной почте, через МФЦ, на Едином портале государственных услуг в виде электронного документа |

**Раздел 3. «Сведения о заявителях услуги»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование услуги** | предоставление информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг |
|  | Категории лиц, имеющих правона получение услуги | 1) инвалиды войны;2) участники Великой Отечественной войны;3) ветераны боевых действий: военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), военнообязанные, призванные на военные сборы, лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, работники указанных органов, работники Министерства обороны СССР и работники Министерства обороны Российской Федерации, сотрудники учреждений и органов уголовно-исполнительной системы, направленные в другие государства органами государственной власти СССР, органами государственной власти Российской Федерации и принимавшие участие в боевых действиях при исполнении служебных обязанностей в этих государствах, а также принимавшие участие в соответствии с решениями органов государственной власти Российской Федерации в боевых действиях на территории Российской Федерации;военнослужащие, в том числе уволенные в запас (отставку), лица рядового и начальствующего состава органов внутренних дел и органов государственной безопасности, лица, участвовавшие в операциях при выполнении правительственных боевых заданий по разминированию территорий и объектов на территории СССР и территориях других государств в период с 10 мая 1945 года по 31 декабря 1951 года, в том числе в операциях по боевому тралению в период с 10 мая 1945 года по 31 декабря 1957 года;военнослужащие автомобильных батальонов, направлявшиеся в Афганистан в период ведения там боевых действий для доставки грузов;военнослужащие летного состава, совершавшие с территории СССР вылеты на боевые задания в Афганистан в период ведения там боевых действий;4) военнослужащие, проходившие военную службу в воинских частях, учреждениях, военно-учебных заведениях, не входивших в состав действующей армии, в период с 22 июня 1941 года по 3 сентября 1945 года не менее шести месяцев, военнослужащие, награжденные орденами или медалями СССР за службу в указанный период;5) лица, награжденные знаком "Жителю блокадного Ленинграда";6) лица, работавшие в период Великой Отечественной войны на объектах противовоздушной обороны, местной противовоздушной обороны, на строительстве оборонительных сооружений, военно-морских баз, аэродромов и других военных объектов в пределах тыловых границ действующих фронтов, операционных зон действующих флотов, на прифронтовых участках железных и автомобильных дорог, а также члены экипажей судов транспортного флота, интернированных в начале Великой Отечественной войны в портах других государств;7) члены семей погибших (умерших) инвалидов войны, участников Великой Отечественной войны и ветеранов боевых действий, члены семей погибших в Великой Отечественной войне лиц из числа личного состава групп самозащиты объектовых и аварийных команд местной противовоздушной обороны, а также члены семей погибших работников госпиталей и больниц города Ленинграда;8) инвалиды;9) дети-инвалиды. |
|  | Документ, подтверждающий правомочие заявителя соответствующей категории на получение услуги | - |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему правомочие заявителя соответствующей категории на получение услуги | - |
|  | Наличие возможности подачи заявления на предоставление услуги представителями заявителя | - |
|  | Исчерпывающий перечень лиц, имеющих право на подачу заявления от имени заявителя | - |
|  | Наименование документа, подтверждающего право подачизаявления от имени заявителя | - |
|  | Установленные требования к документу, подтверждающему право подачи заявления от имени заявителя | - |

Раздел 4. «Документы, предоставляемые заявителем для получения услуги»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование услуги** | предоставление информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг |
|  | Категория документа | заявление |
|  | Наименования документов, которые предоставляет заявительдля получения услуги | заявление |
|  | Количество необходимых экземпляров документа с указанием подлинник/копия | 1/0 , формирование в дело |
|  | Условие предоставления документа | нет |
|  | Установленные требования к документу | в соответствии с Административным регламентом |
|  | Форма (шаблон) документа | приложение № 1 к Схеме |
|  | Образец документа/заполнения документа | приложение № 2 к Схеме |

Раздел 5. «Документы и сведения, получаемые посредством межведомственного информационного взаимодействия»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование услуги** | предоставление информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг |
|  | Реквизиты актуальной технологической карты межведомственного взаимодействия | - |
|  | Наименование запрашиваемого документа (сведения) | - |
|  | Перечень и состав сведений, запрашиваемых в рамках межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Наименование органа (организации), направляющего(ей) межведомственный запрос | - |
|  | Наименование органа (организации), в адрес которого(ой) направляется межведомственный запрос | - |
|  | SID электронного сервиса/наименование вида сведений | - |
|  | Срок осуществления межведомственного информационного взаимодействия | - |
|  | Формы (шаблоны) межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |
|  | Образцы заполнения форм межведомственного запроса и ответа на межведомственный запрос | - |

Раздел 6. Результат услуги

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование услуги** | предоставление информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг |
|  | Документ/документы, являющийся(иеся) результатом услуги | Письменный ответ заявителю;Устный ответ заявителю (при обращении на «Горячую линию» Министерства здравоохранения Свердловской области) |
|  | Требования к документу/документам, являющемуся(ихся) результатом услуги | Ответ на письменное обращение подписывается Министром здравоохранения Свердловской области либо иным уполномоченным лицом |
|  | Характеристика результата услуги» (положительный/отрицательный) | положительный – предоставление информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг;отрицательный – отказ в предоставлении государственной услуги |
|  | Форма документа/документов, являющегося(ихся) результатом услуги | - |
|  | Образец документа/документов, являющегося(ихся) результатом услуги | - |
|  | Способы получения результата услуги | по почте на бумажном носителе, по электронной почте, через МФЦ, на Едином портале государственных услуг в виде электронного документа |
|  | Срок хранения невостребованных заявителем результатов услуги |  |
| 7.1. | в органе | нет |
| 7.2. | в МФЦ | нет |

Раздел 7. «Технологические процессы предоставления услуги»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование услуги** | предоставление информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг |
| **I.I.** | **Наименование административной процедуры** | Прием и регистрация заявлений; |
|  | Наименование процедуры процесса | Прием и регистрация |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | Письменное заявление регистрируется в канцелярии Министерства здравоохранения Свердловской области. Информация по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг, может быть представлена заявителем в устной форме в рамках обращения на «Горячую линию» Министерства по справочному телефону отдела организации лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области – 270-19-22. Обращение регистрируется в журнале «Горячая линия», заявителю сообщается регистрационный номер.При подаче заявления в МФЦ его регистрацию осуществляет работник МФЦ, путем проставления на заявлении прямоугольного штампа, в котором указывается регистрационный номер, дата приема и личная подпись работника МФЦ. Принятое от заявителя заявление и необходимые документы передаются в Министерство на следующий рабочий день после приема в МФЦ, по ведомости приема - передачи, оформленной передающей стороной в 2-х экземплярах.Результат государственной услуги направляется заявителю Министерством. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | Заявления регистрируются в день их поступления в Министерство здравоохранения Свердловской области. Заявление, принятое через МФЦ, передается в Министерство на следующий рабочий день после приема. |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Сотрудники Министерства здравоохранения Свердловской области;работник МФЦ (при подаче заявления через МФЦ) |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | нет |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | Приложение № 1 / Приложение № 2 |
| **I.II.** | **Наименование административной процедуры** | Рассмотрение заявления |
|  | Наименование процедуры процесса | Рассмотрение |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | объективное, всестороннее и своевременное рассмотрение заявления;подготовка запросов о необходимых для рассмотрения заявления документах и материалах в медицинских и фармацевтических организациях;принятие мер, направленных на восстановление или защиту нарушенных прав, свобод и законных интересов получателей государственных услуг. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | При поступлении письменного обращения не должен превышать 30 дней, при получении заявления из МФЦ не включает в себя сроки передачи документов в Министерство здравоохранния Свердловской области. При поступлении устного обращения на «Горячую линию» Министерства здравоохранения Свердловской области:1) если обращение поступило до 12:00 рабочего дня, то ответ дается не позднее 18:00 рабочего дня, в котором поступило обращение; 2) если обращение поступило после 14:00 рабочего дня, то ответ дается не позднее 12:00 рабочего дня, следующего за днем, в котором поступило обращение;3) если для подготовки ответа требуется направление запросов в медицинские и фармацевтические организации, срок для подготовки ответа может быть увеличен. В этом случае срок подготовки ответа заявителю не должен превышать двух рабочих дней с момента поступления обращения. Заявитель уведомляется о необходимости направления запросов и увеличении срока подготовки ответа, о чем в журнале в графе «Примечания» делается запись с указанием крайнего срока подготовки ответа;Время и дата ответа, а также звонков, на которые заявитель не ответил, отражаются в журнале в графе «Примечания».Выходные и праздничные нерабочие дни при исчислении срока подготовки ответа на обращение не включаются.  |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Сотрудники Министерства здравоохранения Свердловской области |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Нет |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |
| **I.III.** | **Наименование административной процедуры** | предоставление информации по письменному заявлению или при обращении на «Горячую линию» |
|  | Наименование процедуры процесса | Предоставление информации |
|  | Особенности исполнения процедуры процесса | В произвольной форме, на письменное обращение - подписывается Министром здравоохранения Свердловской области либо иным уполномоченным лицом, устное обращение на «Горячую линию» - устно работником Министерства здравоохранения Свердловской области. |
|  | Сроки исполнения процедуры (процесса) | Непосредственно после рассмотрения |
|  | Исполнитель процедуры процесса | Сотрудники Министерства здравоохранения Свердловской области |
|  | Ресурсы, необходимые для выполнения процедуры процесса | Нет |
|  | Формы документов, необходимые для выполнения процедуры процесса | - |

Раздел 8. «Особенности предоставления «услуги» в электронной форме»

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Параметр** | **Значение параметра / состояние** |
| **1** | **2** | **3** |
| **I.** | **Наименование услуги** | Государственная услуга по приему заявлений, постановке на учет и предоставлению информации по лекарственному обеспечению отдельных категорий граждан, имеющих право на предоставление набора социальных услуг |
|  | Способ получения заявителем информации о сроках и порядке предоставления услуги | на Едином портале государственных услуг в виде электронного документа |
|  | Способ записи на прием в орган, МФЦ для подачи запроса о предоставлении услуги | нет |
|  | Способ формирования запроса о предоставлении «услуги» | Через экранную форму на Едином портале государственных услуг  |
|  | Способ приема и регистрации органом, предоставляющим услугу, запроса о предоставленииуслуги и иных документов,необходимых для предоставления услуги | Не требуется предоставление документов на бумажном носителе |
|  | Способ оплаты государственнойпошлины за предоставление услуги и уплаты иных платежей, взимаемых в соответствии с законодательствомРоссийской Федерации | - |
|  | Способ получения сведений о ходе выполнения запроса о предоставлении услуги | нет |
|  | Способ подачи жалобы на нарушение порядка предоставления «услуги» и досудебного (внесудебного) обжалования решений и действий (бездействия) органа в процессеполучения «услуги» | В электронном виде жалоба может быть подана заявителем посредством информационно-телекоммуникационной сети Интернет, официального сайта организации, предоставляющей государственную услугу, единого портала государственных и муниципальных услуг либо регионального портала государственных и муниципальных услуг.При подаче жалобы в электронном виде документы, указанные в пункте 70 настоящего Административного регламента, могут быть представлены в форме электронных документов, подписанных электронной подписью, вид которой предусмотрен законодательством Российской Федерации, при этом документ, удостоверяющий личность заявителя, не требуется.Жалоба может быть подана заявителем через Государственное бюджетное учреждение Свердловской области «Многофункциональный центр предоставления государственных и муниципальных услуг» (далее - МФЦ).При поступлении жалобы МФЦ обеспечивает ее передачу в организацию, предоставляющую государственную услугу, не позднее следующего рабочего дня со дня поступления жалобы.Адрес МФЦ - 620075, г. Екатеринбург, ул. Карла Либкнехта, д. 2 (тел. (343) 378-78-50, 378-74-05; электронная почта - mfc@mfc66.ru, mfc66@mail.ru; официальный сайт - mfc66.ru). |

Приложение № 1

Форма

Министерство здравоохранения

Свердловской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер полиса ОМС \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Почтовый адрес либо адрес электронной почты, по которому должен быть направлен ответ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалоба, просьба заявителя:

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

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

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

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

Необходимые для подготовки ответа данные:

Наименование лечебно-профилактического учреждения, где осуществляется медицинское обслуживание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование аптечного учреждения, где осуществляется отпуск лекарственных средств по рецептам врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Наименование выписанного лекарственного средства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Форма выпуска, дозировка, количество лекарственного средства \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата выписки рецепта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата постановки рецепта на отсроченное обеспечение в аптечном учреждении \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подачи заявления Подпись

ОБРАЗЕЦ

Приложение № 2

Форма

Министерство здравоохранения

Свердловской области

ЗАЯВЛЕНИЕ

Фамилия, имя, отчество \_\_Иванов Иван Иванович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_25.12.1940 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Номер полиса ОМС \_6652 3598 8500 1215\_\_\_\_\_

Почтовый адрес либо адрес электронной почты, по которому должен быть направлен ответ \_\_620000, г. Екатеринбург, ул. Московская, д. 25. кв. 11\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_(343) 312-01-15\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Жалоба, просьба заявителя:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_текст обращения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

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

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

Необходимые для подготовки ответа данные:

Наименование лечебно-профилактического учреждения, где осуществляется медицинское обслуживание \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_МБУ «Центральная городская больница № 2»\_\_\_

Наименование аптечного учреждения, где осуществляется отпуск лекарственных средств по рецептам врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_аптека ЕМУП «Екатеринбургфарм», ул. Крылова, 1\_\_

Наименование выписанного лекарственного средства \_эналаприл \_\_\_\_

Форма выпуска, дозировка, количество лекарственного средства \_5 мг в таблетках \_\_

Дата выписки рецепта \_\_\_\_01.01.2016\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата постановки рецепта на отсроченное обеспечение в аптечном учреждении \_\_\_\_\_\_10.01.2016\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Дата подачи заявления 15.01.2016 Подпись