**Заявление на обеспечение медицинскими изделиями при**

**сахарном диабете**

Председателю ВКК учреждения здравоохранения

«18-я городская поликлиника г. Минска»

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

*фамилия, собственное имя, отчество (полностью) пациента*

Адрес регистрации по месту жительства или месту пребывания

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

(область, район, населенный пункт, улица, дом, корпус, квартира)

Паспорт серия\_\_\_\_\_\_\_\_№\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ выдан\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*кем и когда выдан*

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

идентификационный №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление**

«\_\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_\_\_\_\_\_\_г

На основании распорядительных документов Республики Беларусь, регламентирующих льготное обеспечение пациентов с сахарным диабетом медицинскими изделиями, прошу рассмотреть вопрос моего обеспечения медицинскими изделиямип (ненужное зачеркнуть)

- шприц инсулиновый трехкомпонентный одноразовый, 1 мл

- игла для шприц-ручки для введения инсулина

- тест-полоски к глюкометру \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование глюкометра*

- глюкометр (дата последнего льготного обеспечения глюкометром)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Медицинское наблюдение по заболеванию «сахарный диабет» осуществляется в УЗ «18-я городская поликлиника», медицинская карта №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Обязуюсь в тридцатидневный срок информировать УЗ «18-я городская поликлиника» об изменении персональных данных (смена паспорта, паспортных данных, адреса регистрации по месту жительства или месту пребывания

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

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

подпись физического лица или (фамилия, инициалы) его законного представителя