Главному врачу

[*название поликлиники*]

от [*фамилия, имя и отчество пациента в родительном падеже*]

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я являюсь [*родителем / законным представителем*] пациента [*фамилия, имя и отчество в родительном падеже*] (см. Приложение 1), который(ая) наблюдается в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] у лечащего врача *[фамилия и инициалы врача*]. Пациенту на данный момент менее 3-х лет.

[*Дата*] [*фамилия и инициалы пациента]* был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) назначила для лечения [*диагноз*] лекарственный препарат [*наименование*], но не выписал(а) льготный рецепт на [*название лекарственного препарата*] для лечения [*диагноз*].

Прошу обеспечить пациента [*фамилия и инициалы пациента*] как ребенка младше 3-х лет лекарственным препаратом для лечения [*диагноз*].

Приложения

1. Копия свидетельства о рождении [*пациента*] / Копия [*документа, подтверждающего полномочия законного представителя*].

Дата: Подпись: