Главному врачу

[*название поликлиники*]

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

Адрес проживания: [*адрес*]

Телефон: [*телефон*]

ОБРАЩЕНИЕ

Я наблюдаюсь в [*название поликлиники, структурного отделения поликлиники*] у лечащего врача [*фамилия и инициалы врача*]. Я страдаю заболеванием [*диагноз*] в течение [*временной промежуток в месяцах или годах*], имею рекомендацию от [*наименование врача-специалиста*] на получение лекарственного препарата [*наименование препарата*] (см. Приложение) и получаю этот лекарственный препарат по льготному рецепту как [*название льготной категории*].

[*Дата*] я был(а) на приеме у лечащего врача, который(ая) отказался(лась) выписать льготный рецепт на [*название лекарственного препарата*] для лечения [*диагноз*], ссылаясь на отсутствие лекарственного препарата в аптеке.

Прошу обеспечить меня лекарственным препаратом для лечения [*диагноз*] как [*название льготной категории граждан*].

Приложение

1. Копия рекомендации на получение лекарственного препарата.

Дата: Подпись: