

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

к Порядку обеспечения учреждений здравоохранения лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения при лечении пострадавших в результате несчастного случая на производстве и профессионального заболевания в стационарных условиях (пункты 2.6, 2.11, 2.12)

Начальнику территориального отделения Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики в

пострадавшего _____ (Ф. И. О.)

Место работы: _____

Адрес проживания (регистрации): _____

Телефон: _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

об обеспечении лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения при лечении в стационарных условиях учреждения здравоохранения

Прошу обеспечить меня лекарственными препаратами и изделиями медицинского назначения при лечении в стационарных условиях учреждения здравоохранения за счет средств Фонда социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний Донецкой Народной Республики согласно акту о несчастном случае, связанном с производством, по форме Н-1 от _____ № _____ и (или) акту расследования причин возникновения хронического профессионального заболевания по форме П-4 от _____ № _____.

_____ (дата)

_____ (подпись пострадавшего)

Заявление с копиями документов на _____ листах принято

« _____ » _____ 20 _____ г. и зарегистрировано под № _____.

Ф. И. О., подпись,

должность специалиста, принявшего документы _____.