Прокурору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ района (города)
Иванову И. И.
от гражданки Петровой А. А.,
инвалида 2 группы,
проживающей по адресу\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ЖАЛОБА

Согласно ч. 1 ст. 41 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (в редакции от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, оказывается медико-социальная помощь бесплатно или на льготных условиях.

Поскольку мое заболевание (укажите какое) значится в перечне социально значимых заболеваний (утвержденном Постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715), я имею право на приобретение льготных лекарств.

Однако ( изложите суть претензий с номерами и адресами аптек, датами обращений и фамилиями должностных лиц и мотивацией отказов).
Согласно ст. 4 Федерального закона от 22 июня 1998 г. № 86-ФЗ “О лекарственных средствах” и ст. 20 и ч. 1 ст. 41 Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Согласно ч. 4 ст. 41 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (в редакции от 22.08.2004 г. № 122-ФЗ) финансирование медико-социальной помощи гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, является расходным обязательством субъектов РФ. Неисполнение фармацевтами всех этих норм нарушает мое конституционное право на бесплатную медицинскую помощь, в т.ч. на получение жизненно необходимых и важнейших лекарств за счет бюджетных средств. Кроме того, это причиняет мне убытки, связанные с восстановлением нарушенных прав. Право на возмещение убытков обосновывается ч. 1 ст. 15 ГК РФ. Поскольку в выдаче льготных лекарств мне было отказано, я вынуждена была приобрести их за свой счет. Размер убытков подтверждается ксерокопиями товарных чеков, на которых стоят штампы аптек. Для восстановления моих законных прав прошу по изложенным мной фактам провести прокурорскую проверку и уведомить меня о ее результатах.

ПРИЛОЖЕНИЯ:

* ксерокопия удостоверения инвалида;
* ксерокопия выписки из истории болезни;
* ксерокопии листов амбулаторной карты с записью врача о поставленном диагнозе, а также назначенных лекарствах с номерами рецептов;
* ксерокопии товарных чеков из аптек.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Подпись\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_