

УТВЕРЖДЕНА

приказом

министерства здравоохранения

Краснодарского края

от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

№ \_\_\_\_\_

форма

**Заявление об отказе от приобретения лекарственных препаратов,  
медицинских изделий, специализированных продуктов лечебного  
питания с использованием электронного сертификата**

1. Фамилия \_\_\_\_\_

2. Имя \_\_\_\_\_

3. Отчество (при наличии) \_\_\_\_\_

4. Страховой номер индивидуального  
лицевого счета потребителя в системе  
обязательного пенсионного  
страхования (СНИЛС) \_\_\_\_\_

5. Электронный сертификат \_\_\_\_\_