

В ГУ—Мурманское региональное отделение Фонда социального страхования РФ

от _____
(Ф.И.О.)

прожив. _____

_____ тел. _____

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу оплатить **приобретение медикаментов** для лечения последствий трудового увечья или профессионального заболевания, согласно Программы реабилитации пострадавшего от _____ г. № _____ .

Являюсь инвалидом ___ группы по трудовому увечью или профессиональному заболеванию

Не получал/а медикаменты, воспользовавшись правом выбора, бесплатно или на льготных основаниях в соответствии с действующими Федеральными законами и нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Трудовое увечье (профессиональное заболевание) получил/а во время работы в _____

В настоящее время не /или/ работаю в _____

Согласен /на/ получить затраченную мною сумму денег на оплату медикаментов в порядке получения ежемесячного возмещения.

Приложение :

1. Рецепт/ы/ лечебно-профилактического учреждения на лекарственные препараты для лечения /последствий/ трудового увечья с соответствующей отметкой ("для лечения последствий производственной травмы /профзаболевания/") _____ шт.
2. Товарный/ые/ чек/и/ аптеки с указанием наименования и стоимости каждого лекарственного препарата _____ шт.
3. Кассовый/е чек/и аптеки _____ шт.

_____ 201__ г.

Подпись _____