Приложение № 2

к приказу министерства

здравоохранения

Новосибирской области

от \_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Заявление об отказе гражданина (его законного представителя) от приобретения медицинской продукции с использованием электронного сертификата**

Я, фамилия имя отчество (при наличии) (или законный представитель пациента фамилия имя отчество (при наличии), основание), отказываюсь от приобретения медицинской продукции с использованием электронного сертификата по выписанному ранее рецепту:

|  |  |
| --- | --- |
| **Реквизит** | **Значение** |
| Серия рецепта |  |
| Номер рецепта |  |
| Дата начала действия рецепта |  |
| Дата окончания действия рецепта |  |
| Медицинская организация, выписавшая рецепт |  |

Прошу прекратить процедуру оформления электронного сертификата или аннулировать выпущенный ранее электронный сертификат.

Дата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

подпись /фамилия имя отчество (при наличии)/